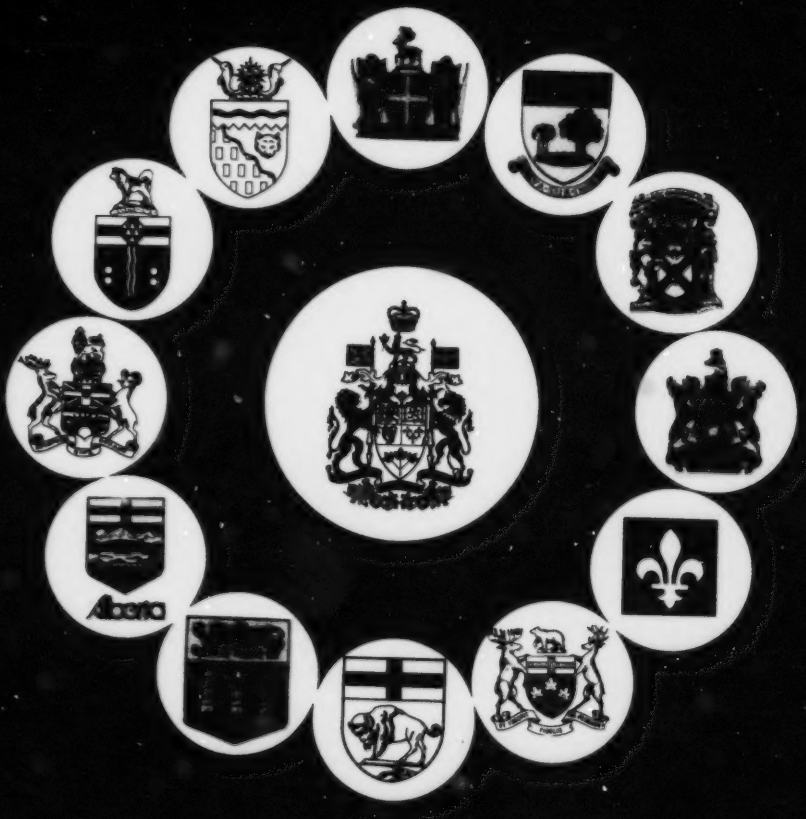
1984-85 Canada Health Act Annual Report



Canada

86-02966/

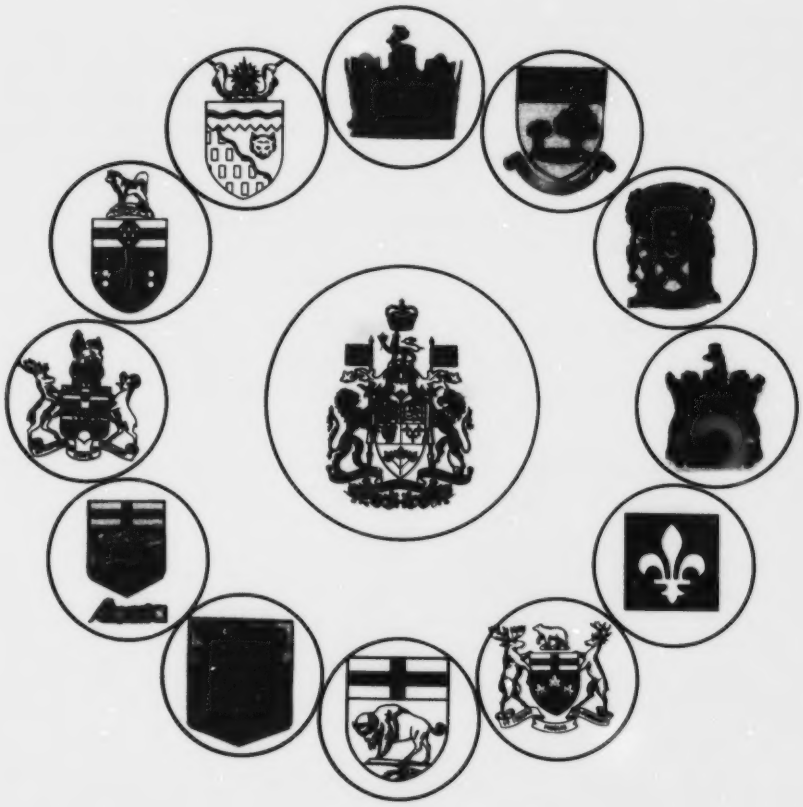
© Minister of Supply and Services Canada 1986

Cat. No. H 1-4/1985

ISBN 0-662-54271-1

Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

1984-85 Canada Health Act Annual Report

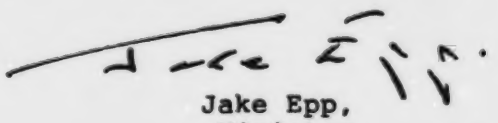


Her Excellency, the Right Honourable Jeanne Sauvé, Governor General and Commander-in-Chief of Canada.

May it Please Your Excellency:

The undersigned has the honour to present to Your Excellency the Annual Report on the administration and operation of the Canada Health Act for the fiscal year ended March 31, 1985.

Respectfully submitted,



Jake Epp,
Minister

The Honourable Jake Epp, P.C., M.P.,
Minister,
Ottawa.

Dear Mr. Epp:

I have the honour to present the Annual Report on the administration and operation of the Canada Health Act for the fiscal year ended March 31, 1985.

Respectfully submitted,

David Kirkwood

David Kirkwood,
Deputy Minister of National Health and Welfare.

Introduction

The Canada Health Act received Royal Assent on April 17, 1984, with the unanimous support of the House of Commons and Senate. The Act, which came into force as of April 1, 1984, repealed the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act and the Medical Care Act. Consequential amendments to the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act, 1977 (Act of 1977), as well as other legislation (i.e. Canada Assistance Plan, Income Tax Act) were also passed. Prior to passage of the Canada Health Act, the House Standing Committee on Health, Welfare and Social Affairs and the Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology held public hearings. Provincial health ministers, professional associations, academics, consumer groups and other interested bodies appeared before the Senate and House Committees to express their views and opinions on the legislation, with several amendments resulting from these proceedings.

The purpose of this report is to meet the requirements stated in Section 23 of the Canada Health Act, namely,

> The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed.

This report examines the administration and operation of the Canada Health Act during the 1984-85 fiscal year. With the co-operation of the Provinces and Territories, it is also possible to present a comprehensive first report on the operation of provincial* health care insurance plans under the Canada Health Act, which will serve as a baseline for subsequent annual reports. The report is largely descriptive in nature. Quantitative information on the Act's administration and operation will be available at a later date.

* Any reference to Provinces includes the Territories, unless otherwise specified.

Part I of this report highlights the key provisions of the Canada Health Act. An explanation of the criteria and conditions of the Act is presented as well as a description of the Regulations provided for under the legislation. Also highlighted are the extensive consultations which have taken place between the federal and provincial governments concerning the Act's interpretation and implementation. Federal administration of the Act is also described.

Part II presents federal-provincial health financing arrangements, in particular, contributions and payments in respect of fiscal year 1984-85 for insured and extended health care services. As well, federal deductions in respect of extra-billing and user charges which have occurred during the fiscal year are reported.

Part III highlights developments in provincial health care insurance plans during the fiscal year, and describes the operations of these plans in relation to the criteria and conditions set out in the Canada Health Act.

TABLE OF CONTENTS

PART I - CRITERIA AND CONDITIONS

I.1 Canada Health Act Overview

I.2 Regulations

I.3 Consultations with Provinces

I.4 Canada Health Act Administration

PART II - FEDERAL CONTRIBUTIONS AND PAYMENTS 1984-85

II.1 Federal-Provincial Health Financing Arrangements

II.2 Contributions, Deductions and Payments

II.3 Extra-Billing/User Charges Deductions

PART III - OPERATION OF PROVINCIAL HEALTH CARE INSURANCE PLANS

III.1 Highlights

III.2 Summary of Provincial Health Care Insurance Plans' Operations, 1984-85

PART - I

CRITERIA AND CONDITIONS

I.1 - Canada Health Act Overview

The purpose of the Canada Health Act is to,

> "establish criteria and conditions that must be met before full payment may be made under the Act of 1977 in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law".

These criteria and conditions are set out in Sections 7 through 12 and Section 13 respectively of the Act. The criteria apply to the insured health services only, and do not pertain to extended health care services. The conditions, on the other hand, relate to both insured and extended health care services.

The insured health services defined by the Canada Health Act include all necessary hospital services and medically necessary physician's services, as well as surgical-dental services requiring a hospital for their proper performance. Extended health care services payments are in respect of nursing-home intermediate care, adult residential care, home care and ambulatory health care.

There are five criteria that each provincial health insurance plan must meet in order to ensure full federal contribution under the Act of 1977 (Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act, 1977) for each fiscal year. These criteria, pertaining to insured health services provided under the health care insurance plan of a province, are:

(a) Public Administration

Pursuant to Section 8, the health care insurance plan must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority, responsible to the provincial government and subject to audit of its accounts and financial transactions;

(b) Comprehensiveness

Pursuant to Section 9, the plan must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners, or dentists where a hospital is required for the proper performance of services;

(c) Universality

Section 10 requires that one hundred percent (100%) of insured persons of the province be entitled to the insured health services as defined under (b) above, and be provided for by the plan on uniform terms and conditions. The waiting period prior to entitlement to insured health services by residents must not exceed three months.

(d) Portability

In accordance with Section 11, residents moving to another province must continue to be covered for insured health services by the home province during any minimum waiting period imposed by the new province of residence;

For insured persons, insured health services must be available while temporarily absent from their own province on the basis that:

- payment for insured services received out-of-province, but still in Canada, are to be paid for by the home province at host province rates unless another arrangement for the payment of costs exists between the provinces;

- payment for services out-of-country are to be, as a basic minimum, on the basis of the amount that would have been paid by the home province for similar services rendered in-province.

(e) Accessibility

By virtue of Section 12, the health care insurance plan of a province is to provide:

- reasonable access by insured persons to insured health services unprecluded or unimpeded, either directly or indirectly, by charges or other means;

- reasonable compensation to physicians and dentists for providing insured health services;

- adequate payments to hospitals in respect of insured health services.

In addition to the above criteria, the conditions that provincial governments must meet in order to be eligible for the full cash portion of the federal contribution and payment in respect of the cost of insured health services, as well as extended health care services, are: (1) the provision of information that the Minister of National Health and Welfare may require for the purposes of this Act, and may prescribe in Regulations; and, (2) appropriate recognition in regard to federal contributions towards insured and extended health care services, as may be prescribed in Regulations.

The Canada Health Act also prescribes a mechanism to resolve disagreements. In the event the federal Minister is of the opinion that a provincial plan does not satisfy the criteria or the conditions described above, reductions to federal contributions may be made. Prior to referring the matter to the Governor in Council, the Minister must notify the province of the concern, seek clarification from the province, report on the findings, and, if requested by the provincial health Minister, meet to discuss the matter.

Only upon satisfaction of the Governor in Council that the province has ceased to satisfy any one of the criteria or conditions may an order be issued to reduce or withhold contributions.

I.2 - Regulations

The Act provides for the making of regulations for its administration, including regulations on:

(a) Extended Health Care Services

The Extended Health Care Services Regulations define in more detail those services listed in the Act as "extended health care services". The Act requires the agreement of each of the provinces prior to any Regulations being made, unless the Regulations are substantially the same as those made under the Act of 1977.

(b) Hospital Services Exclusions

Hospital Services are defined in the Act (Section 2) to be all necessary in-patient and out-patient services provided at a hospital, except those services specifically excluded by regulation.

Under the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act, agreements between Canada and the provinces provided for certain "exclusions" to coverage. The purpose of the Hospital Services Exclusions Regulations under the Canada Health Act is to embody established precedents.

The Regulations list those services which may be delivered in a hospital setting but which are not considered insured hospital services. For example, hospital services rendered in connection with surgery for purely cosmetic purposes or preferred accommodation (semi-private and private) at the patient's election are excluded.

Under the Canada Health Act, agreement is required by all provinces in order to make regulations in respect of these exclusions.

(c) Information

Regulations may be established to delineate the types of information the Minister may require for the purposes of the Act, and the times at which and

the manner in which the information shall be provided. Prior to regulations being made, the Minister must consult with the ministers responsible for health care in the provinces.

(d) Recognition of Contributions and Payments by Canada

Regulations may be prescribed regarding the form and manner in which the provinces are required to recognize federal contributions and payments made under the Act. Prior to regulations being made, the Minister must consult with the ministers responsible for health care in the provinces.

I.3 - Consultations with Provinces

During May and June, 1984, negotiations took place between provincial and federal officials concerning administrative issues arising from certain clauses of the Canada Health Act. Proposed regulations concerning the provision of information (in particular extra-billing and user charges), hospital services exclusions, and extended health care services, were sent to the provinces for review and comment. Given the statutory requirement to commence deductions July 1, 1984, interim regulations concerning the estimation and final determination of extra-billing and user charge amounts were put in place as a priority. Other regulations were deferred to a more comprehensive set of consultations and negotiations which began in October of 1984.

Action was taken to identify and address outstanding issues and concerns on the part of the provinces. An extensive series of bilateral and multilateral consultation meetings commenced in the Fall of 1984:

- On October 26, 1984, federal and provincial Ministers of Health discussed major concerns and established a process for negotiations.

- Bilateral meetings of officials during November and December identified a range of outstanding issues and each province's particular problems and circumstances.

- A second round of officials' consultations addressed various technical matters related to regulations and administrative procedures.

- Bilateral meetings between the federal and provincial Ministers culminated in the Federal-Provincial Conference of Health Ministers in the Spring of 1985. This established a spirit of collaboration and laid the groundwork for a general understanding for the administration and operation of the Act.

A number of major issues were addressed in the course of these consultations with the provinces on implementing and administering the Act. Concerning the criteria of universality and portability, issues revolved around the interpretation of "resident" and "insured person". Payment arrangements for

hospitals' and physicians' services, and other problems associated with the provision of services for residents while travelling or moving within or outside of Canada, were also considered. With regard to the criteria of comprehensiveness and reasonable accessibility, discussion centered on determining what are "medically required" services. Provincial responsibility for determining the availability and distribution of services was also stressed. The proposed Extended Health Care Services, Hospital Services Exclusions and Information Regulations were examined with all provinces. Technical concerns with proposed Extended Health Care Services Regulations and Hospital Services Exclusions Regulations were brought to light.

The proposed Extended Health Care Services Regulations do not substantially alter those that have been in force for eight years under Part VI of the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Post-Secondary Education and Health Contributions Act, 1977. In essence, the Regulations are to be transferred over to the Canada Health Act, with slight changes being made to provide greater clarity in interpreting and administering provincial plans. Regulations covering extended health care services as well as exclusions from hospital services were still under negotiation between Ministers at the end of the reporting period.

Ministers have agreed that the most efficient approach to information exchange is to fully utilize and, where necessary, build upon existing joint information systems. The principal incremental requirement is for estimates and statements on extra-billing and user charges. These are provided within the framework of Regulations which were reviewed by provincial Ministers, and subsequently promulgated by the Governor in Council. Also, at the request of the Minister of National Health and Welfare, annual statements are provided by provincial Health Ministers. These statements describe operations of provincial plans in relation to terms of the Canada Health Act. As regards recognition of federal contributions, provincial Ministers have undertaken to review the form and manner of such recognition.

I.4 - Canada Health Act - Administration

The Canada Health Act attempts to ensure that all residents of Canada have access to necessary health care on a pre-paid basis by establishing criteria and conditions for the federal government to provide financial assistance to the provinces.

The Minister of Finance establishes the amounts of federal transfers for health care programs to which the provinces are "entitled". The Minister of Health and Welfare is responsible for, as part of the administration of the Canada Health Act, determining the amounts of any deductions or withholdings pursuant to the Canada Health Act, including those for extra-billing and user charges.

On behalf of the Minister, the Health Services and Promotion Branch, National Health and Welfare, administers payments and ensures systematic monitoring of the criteria and conditions as set out in the Canada Health Act. During the first year of operation under the new legislation, terms of reference regarding program aspects and areas of responsibility were defined, and resources were reorganized accordingly. The Branch carries out the consultative, communicative, analytic and administrative functions and has established review processes and procedures pertaining to monthly certification of compliance and payments.

In rare instances, residents of Canada, through no fault of their own, are unable to obtain coverage. The Health Insurance Supplementary Fund, which is also administered by the Health Services and Promotion Branch, provides for payment of claims in such cases. During 1984-85 one claim was paid. Most cases were resolved by, or with, the assistance of concerned provinces. After replenishment of the fund by the federal government and the provinces and territories, the closing balance, as of March 31, 1985, was $28,386.44.

As well as being responsible for the administration of the Canada Health Act, officials co-ordinated activities and consulted with provincial counterparts on matters relating to the Canada Health Act, through the Conference of Deputy Ministers of Health and the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services. The latter committee serves as a continuing forum for consultation and information exchange between officials and consists of senior provincial and territorial health insurance plan officials, as well as representatives of the federal government.

During fiscal year 1984-85, the Committee met twice, discussing issues related to the Canada Health Act such as: the administrative implications of the Canada Health Act on the provinces; health care coverage for aliens; inter-provincial reciprocal billing arrangements for hospital claims; use of the standard out-of-province medical claim form; use of a standard payment schedule for Canada; and inter-provincial out-patient rates.

PART II

FEDERAL CONTRIBUTIONS AND PAYMENTS 1984-85

II.1 - Federal-Provincial Health Financing Arrangements

The federal government contributes to the operation of provincial health insurance plans (insured health services) according to the provisions of the "Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act, 1977" (the Act of 1977). Under the Act of 1977, provinces are entitled to equal per capita federal health contributions which are in 1984-85 escalated annually by the three-year compound moving average rate of increase in nominal Gross National Product (GNP) per capita. This escalator is applied to a base amount equal to the 1975-76 national average per capita of federal contributions to provincial hospital and medical insurance plans.

Health contributions to the provinces consist of both a cash transfer and an equalized tax transfer. In 1977, the federal government transferred a total of 13.5 personal income tax points and one corporate income tax point to all provinces in support of post-secondary education and health programs. In the case of Quebec an additional 8.5 personal income tax points were transferred under Part VII of the Act of 1977 as a special abatement originating under the Established Programs (Interim Arrangements) Act.

In order to determine cash amounts payable to the provinces, the value of the tax transfer, and its associated equalization, is first determined. Then, the insured health services portion, or 67.9% of the total allocation of this equalized tax transfer, is subtracted from total provincial health entitlements in respect of insured health services. The difference or residual is paid in the form of a cash contribution to each province, provided the provincial plan satisfies the criteria and conditions set out in the Canada Health Act.

It should be noted that provinces also receive equal per capita cash payments in respect of extended health care services as defined in the Regulations pursuant to the Canada Health Act. This payment, which was initially set at $20 per capita for 1977-78, is also escalated annually by the average three-

year rate of growth in nominal GNP per capita. It is payable to the provinces provided the two conditions set out in the Canada Health Act governing extended health care services contributions are satisfied.

II.2 - Contributions, Deductions and Payments

The following tables depict the contributions which have been made to the provinces, in terms of cash payments and tax transfers, the deductions made for extra-billing and user charges, and the actual total cash amounts which provinces received in respect of insured health services and extended health care services in 1984-85.

Table I presents estimates of the transfers for 1984-85 only. These are not final 1984-85 figures, as the information required for the final calculations will not be available until July, 1987.

Table II shows the amounts which have been deducted from the cash payments in respect of extra-billing and user charges in each province, where applicable. The deductions apply to the period July 1, 1984 to March 31, 1985. These are the amounts deducted to date, based on estimates, which can only be finalized after December 16, 1986, in accordance with the Regulations.

Table III presents cash contributions and payments in regard to insured health services and extended health care services. It does not include the value of equalized tax transfers. Advances for the fiscal year with respect to insured health services and extended health care services, adjustments for prior years and deductions, where applicable, are provided for each province. These calculations determine total combined cash contributions and payment amounts for fiscal year 1984-85.

TABLE I

Federal Contributions in Respect of Insured Health Services and Extended Health Care Services
1984-85
$,000

Province	Insured Health Services: Cash Payments	Insured Health Services: Tax Transfers	Insured Health Services: Total	EHCS	Total Contributions
Newfoundland	135,659	82,911	218,570	23,124	241,694
Prince Edward Island	29,332	17,927	47,259	5,000	52,259
Nova Scotia	203,642	124,458	328,100	34,712	362,812
New Brunswick	166,981	102,054	269,035	28,463	297,498
Quebec	1,104,940	1,365,142	2,470,082	261,330	2,731,412
Ontario	1,940,979	1,429,934	3,370,913	356,636	3,727,549
Manitoba	247,323	151,156	398,479	42,158	440,637
Saskatchewan	253,106	126,402	379,508	40,151	419,659
Alberta	420,208	465,687	885,895	93,726	979,621
British Columbia	629,612	453,128	1,082,740	114,552	1,197,292
Northwest Territories	10,504	8,128	18,632	1,971	20,603
Yukon	4,333	3,889	8,222	870	9,092
Canada	5,146,619	4,330,816	9,477,435	1,002,693	10,480,128

Note: Figures do not include prior year's adjustments or current year's deductions.

- Department of Finance, February 6, 1985, Special Adjustment to Advance
- Health Services and Promotion Branch
  Health and Welfare Canada

II.3 - Extra-Billing/User Charges Deductions

The Canada Health Act states:

> "that continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians".

This principle of accessibility is reflected by specific provisions in the Act intended to discourage extra-billing and user charges.

The Act stipulates that a province may qualify for a full cash contribution in respect of insured health services for a fiscal year, only if no payments are made under the provincial health care insurance plan which have been subject to extra-billing. Additionally, the province must not permit user charges for insured hospital services under the plan, except as provided for under Subsection 19(2) respecting persons requiring chronic care and more or less permanently resident in a hospital. If a provincial plan does permit extra-billing or user charges, or both, then a mandatory deduction is to be made from the federal cash contribution.

The amount of a deduction for a fiscal year is an amount that, on the basis of information provided by the province in accordance with the Regulations, the Minister of Health and Welfare determines to have been charged through extra-billing or user charges. Where a province does not provide the information according to the Regulations, the amount of the deduction is an amount that the Minister estimates to have been so charged pursuant to Sub-sections 20(1) and 20(2) of the Act.

The mandatory deduction provisions in respect of extra-billing and user charges took effect as of July 1, 1984. Regulations enabling the Minister to determine the amount of the deductions were drawn up in consultation with the provinces and were promulgated on June 28, 1984 as the Extra-Billing and User Charges Information (1984-85) Regulations. In accordance with Section 20 and the Regulations, estimates of extra-billing and user charges for the period July 1, 1984 to March 31, 1985 were established by the Minister, upon which deduction amounts were determined. The estimated amounts were deducted on a pro-rated basis over the nine-month period, and the monthly advance payments to the provinces adjusted accordingly (see Table II).

Under the Regulations, the provinces are to submit financial statements before December 16, 1986, showing the amounts that actually were charged through extra-billing and user charges during the period. Upon receipt of final provincial statements, the deduction amounts in respect of 1984-85 will be finalized.

Sub-section 20(6) of the Act provides an incentive for the early elimination of these charges. Should a province end extra-billing or user charges within the three-year period of the coming into force of the Act, that is, before April 1, 1987, the total amount deducted is to be returned to the province.

TABLE II

Canada Health Act
Extra-Billing and User Charges Deductions
1984-85 Total Amounts Deducted
(as of March 31, 1985)
$'000

Province	Extra-Billing	User Charges	Total
Newfoundland	0	0	0
Prince Edward Island	0	0	0
Nova Scotia	0	0	0
New Brunswick	63	3,015	3,078
Quebec	0	7,893	7,893
Ontario	39,996	0	39,996
Manitoba	810	0	810
Saskatchewan	1,451	0	1,451
Alberta	8,109	1,827	9,936
British Columbia	0	22,797	22,797
Northwest Territories	0	0	0
Yukon	0	0	0
TOTALS	50,429	35,532	85,961

Note: 1) The deductions apply to the period July 1, 1984 to March 31, 1985, pursuant to Sub-section 20(4).

2) These amounts will be finalized after December 16, 1986, in accordance with Canada Health Act Regulations.

Source: Health Insurance Directorate
Health Services and Promotion Branch
Health and Welfare Canada

TABLE III

Cash Contributions* and Payments to Provinces
Including Prior Year's Adjustments and Deductions
In Respect of Insured Health Services and Extended Health Care Services
1984-85
$'000

	Insured Health Services				Extended Health Care Services			
Province	1984-85 Advances	Prior Year Adjust.	Deductions (Less)	Total	1984-85 Advances	Prior Year Adjust.	Total	Combined Totals Insured Health Services & EHCS
Newfoundland	135,659	3,751	-	139,410	23,124	42	23,166	162,576
Prince Edward Island	29,332	870	-	30,202	5,000	21	5,021	35,223
Nova Scotia	203,642	6,216	-	209,858	34,712	174	34,886	244,744
New Brunswick	166,981	5,127	(3,078)	169,030	28,463	147	28,610	197,640
Quebec	1,104,940	69,832	(7,893)	1,166,879	261,330	1,119	262,449	1,429,328
Ontario	1,940,979	33,521	(39,996)	1,934,504	356,636	1,973	358,609	2,293,113
Manitoba	247,323	19,045	(810)	265,558	42,158	1,011	43,169	308,727
Saskatchewan	253,106	13,121	(1,451)	264,776	40,151	188	40,339	305,115
Alberta	420,208	60,179	(9,936)	470,451	93,726	711	94,437	564,888
British Columbia	629,612	47,927	(22,797)	654,742	114,552	739	115,291	770,033
Northwest Territories	10,504	359	-	10,863	1,971	18	1,989	12,852
Yukon	4,333	927	-	5,260	870	17	887	6,147
Canada	5,146,619	260,875	(85,961)	5,321,533	1,002,693	6,160	1,008,853	6,330,386

Source:
- Department of Finance
- Health Services and Promotion Branch
  Health and Welfare Canada

* Does not include tax transfers

PART - III

OPERATION OF PROVINCIAL HEALTH CARE INSURANCE PLANS

III.1 - Highlights

All provinces had medical and hospital insurance plans which met the minimum criteria of the Hospital Insurance and Diagnostic Services Act as well as the Medical Care Act. For some of the provinces, passage of the Canada Health Act did not necessitate major changes in their health insurance plans. Some other provinces did, during the 1984-85 period, make significant changes to the operation of their health insurance plans with respect to the criteria of the Canada Health Act.

- Newfoundland rescinded the in-patient per diem hospital user charges effective April 1, 1984.

- Nova Scotia passed legislation on July 1, 1984 to prohibit extra-billing by physicians, dentists and optometrists, and provided for final offer arbitration to settle disputes relating to compensation.

- Quebec passed an Order in Council in June 1984, effective October 1, 1984, reclassifying hospitals into two classes: Short Term Care Hospital Centres and Extended Care Hospital Centres. Effective April 1, 1985, convalescent care was converted from the long term to the short term category, so that patients requiring convalescent care were no longer subject to user charges.

- Manitoba made a number of changes including: introducing legislation (effective August 1, 1985) banning extra-billing by physicians and providing for binding arbitration in the settlement of physician's fees; passing regulations to make payment for insured medical and dental services received by residents out-of-province, in Canada, at the rate that is approved by the province in which the service is provided (host province rate); introducing legislation to permit user charges in respect of chronic hospital care, effective April 1, 1985.

- Saskatchewan introduced legislation banning extra-billing by physicians (passed on August 1, 1985) and providing for fee schedules to be set by a committee composed of physicians, government officials and members of the medical care commission.

- Alberta amended its legislation to define entitlement for "residents" rather than "registrants", thus delinking prior premium payment from health entitlement under the Alberta's plans.

- Most of the provinces and territories indicated an intention to ensure appropriate references are made in relevant public documents, advertising and promotional material in the future. For example, Prince Edward Island, N.W.T. and Yukon intend to incorporate the Canadian logo on appropriate material such as medical claim forms, health care insurance cards and other documents. As well, Ontario and Alberta itemize federal transfer payments in budget papers and financial statements. Nova Scotia, Quebec, Manitoba, Saskatchewan and British Columbia will be or are currently including references to federal contributions in their health insurance annual reports. Newfoundland intends to indicate the federal payments in relevant public documents.

III.2 - Summary of Provincial Health Care Insurance Plans' Operations, 1984-85

The Canada Health Act requires the governments of the provinces to provide such information as the Minister may require for the purposes of the Act.

In order to make a comprehensive report to Parliament, the provinces agreed to supply information on the operation of their health care insurance plans as they relate to the criteria and conditions under the Canada Health Act. The following is a province-by-province abbreviated description of the material provided.

The Canadian approach to the development of national health programs has been progressively to provide major segments of personal health care services on a publicly financed basis. Because hospital and medical care insurance were established by separate federal legislation and at different stages, provincial administrative and program structures usually follow a two-program approach. The descriptions are therefore presented separately for each plan, by program criteria where applicable.

NEWFOUNDLAND

PUBLIC ADMINISTRATION: (Ref. Section 8)

Hospital Insurance Plan:

The Hospital Insurance Plan is operated on a non-profit basis by a division of the Department of Health of the province. The accounts and transactions are audited by the Auditor General of the province.

Medical Care Plan:

The Medical Care Plan is operated on a non-profit basis by the Newfoundland Medical Care Commission, a public authority appointed by the provincial government and responsible to the Minister of Health. The accounts and transactions are audited by the Auditor General of the province.

COMPREHENSIVENESS: (Ref. Section 9)

Hospital Insurance Plan:

Insured services provided by hospitals include in-patient and out-patient services. In-patient services include hospitalization at ward level and all necessary services such as: accommodation and meals at the standard public ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures including electrocardiographs and electroencephalographs; drugs, biologicals and all necessary surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic equipment; and use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available.

Out-patient services involve laboratory, radiological and other diagnostic procedures including electrocardiographs and electroencephalographs; use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available; out-patient and emergency visits; operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs and medical and surgical supplies administered in hospital.

Hospital services not covered by the Plan include: preferred accommodation at the patient's request; cosmetic surgery and other services deemed to be medically unnecessary; ambulance or other patient transportation prior to admission or upon discharge; private duty nursing (arranged by patient, additional to required services provided by hospital); non-medically required x-rays or other services for employment or insurance purposes; drugs and appliances issued for use after discharge from hospital; bedside telephones, radios or television sets for personal, non-teaching use; services covered by Workers' Compensation legislation or by other federal or provincial legislation, and services relating to therapeutic abortions performed outside Canada.

Medical Care Plan:

Insured services include a wide range of general and specialist doctors' services, when medically required, including: visits in the office, hospital or home; diagnosis and treatment of illness and injuries; care and treatment surrounding operations including anaesthesia, and radiology services. Insured dental services covered by the plan are those which require a hospital for their proper performance, as well as the administration of general anaesthesia for dental procedures.

The following physician services are not covered by the plan: examinations such as those for employment or insurance purposes not necessitated by illness; cosmetic surgery; acupuncture; vaccination for travelling purposes; preparation of records, reports and certificates or advice by telephone; therapeutic abortions performed outside Canada or in non-accredited Canadian facilities; and services covered by Workers' Compensation legislation or other federal or provincial legislation.

In addition to the basic physician services, the province also provides for one full optometric diagnostic examination per beneficiary per year, a children's dental program, a special cosmetic surgery program for teenagers and a drug subsidy program for seniors.

UNIVERSALITY: (Ref. Section 10)

Hospital Insurance Plan:

All insured residents of the province are entitled to coverage. Neither premium payment nor registration is required.

Medical Care Plan:

All insured residents of the province are entitled to coverage. No premium payment exists. However, the plan requires registration and possession of a valid Medical Care Plan Card in order to have access to insured services.

PORTABILITY: (Ref. Section 11)

Hospital Insurance Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

Insured persons moving to Newfoundland from other provinces or territories of Canada are entitled to coverage as of the first day of the third month following the month of arrival, whereas persons arriving from outside Canada to establish residence, are entitled to coverage as of the day of arrival.

Persons temporarily absent from the province may be granted an extension of the minimum 12 months of coverage, providing satisfactory evidence is given that they intend to return.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

Hospital costs incurred in other provinces or territories are paid for through "Reciprocal Billing", an arrangement established between the provinces and territories. In-patient costs are paid at rates approved by the host province or territory and out-patient costs are paid at the approved standard inter-provincial rates.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

Hospital services are paid for at the rates ordinarily charged providing they are considered reasonable. Reim-

bursement is made directly to the provider, or to the patient, upon proof of payment. Payment is the same regardless of whether it is emergency or elective care.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered up to and including the last day of the second month following the month of arrival in the new location. Coverage is immediately discontinued when residents move permanently to other countries.

Medical Care Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

The same situation applies under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan, except that registration is required for coverage to be effective.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

The costs of physicians' services incurred in other provinces or territories while insured residents are temporarily absent, are paid at the same rate as would be the case in Newfoundland, unless the service is not available in the province, in which case the host province rate is paid. Payment is either made by the plan directly to the physician who provided the service, or to the patient, if proof of prior payment exists.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

Physician services are paid at the same rate as would be paid in Newfoundland for the same service. If the service is not available in Newfoundland, but is available in another Canadian province, payment is at the rates applicable in that province. If the service is not available anywhere in Canada, the Newfoundland Medical Care Commission determines payment. The remuneration is the same regardless of whether it is emergency or elective care.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

The same situation applies under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

ACCESSIBILITY: (Ref. Section 12)

Hospital Insurance Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

There are no co-insurance charges for hospital services. Standard ward beds staffed and in operation totalled 2,262 and there were 698,236 patient days in the fiscal year. Preferred (private and semi-private) beds staffed and in operation totalled 850 with 108,944 patient days.

Payment to Hospitals - 12(1)(d)

Hospitals in Newfoundland are paid on the basis of operating budgets approved by the Hospital Services Division. Approximately one-twelfth of the total annual operating budget is advanced to hospitals each month, with a final settlement after year-end. Deficits are not accepted for reimbursement, but hospitals may retain a portion of any surplus under a financial incentive plan. Payments by the provincial plan in 1984-85 to public hospitals in Newfoundland totalled $272,216,000, and to contract and federal hospitals $2,191,000. For out-of-province hospital services, payments totalled $6,122,000.

Medical Care Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

There is no extra-billing by physicians in the province.

An incentive scheme is in place to attract physicians to remote areas and specialty practices. During fiscal year 1984-85, $176,128 was paid out by the Medical Care Plan under a contractual agreement with physicians in the Blanc Sablon/Labrador geographic border area and the Guaranteed Incentive Program.

System of Payment - 12(1)(b)

Physicians are paid in accordance with a scale of fees.

Reasonable Compensation - 12(1)(c)

Fees are negotiated from time to time between the provincial government and the Newfoundland Medical Association.

During 1984-85, payments made by the provincial government to in-province physicians and surgeons on a fee-for-service basis, totalled $57,777,754. Two specialty groups, optometry and radiology received $5,848,540. Payment for dental surgeons was $700,502. Out-of-province claims by physicians and surgeons equalled $1,034,115. There were no payments made to dentists, optometrists or radiologists out-of-province.

PRINCE EDWARD ISLAND

PUBLIC ADMINISTRATION: (Ref. Section 8)

Hospital Insurance Plan:

The Hospital Insurance Plan is administered and operated on a non-profit basis by the Hospital Services Commission of Prince Edward Island. The Commission is accountable to the provincial legislature and accounts and transactions are audited annually by the Auditor General of the province.

Medical Care Plan:

The Medical Care Plan is administered and operated on a non-profit basis by the Health Services Commission of Prince Edward Island. The Commission is accountable to the provincial legislature and accounts and transactions are audited annually by the Auditor General of the province.

COMPREHENSIVENESS: (Ref. Section 9)

Hospital Insurance Plan:

The Prince Edward Island Hospital Plan insures hospital services as defined under Section 2 of the Canada Health Act.

The following hospital services are declared to be non-insured: personal conveniences, including telephone and television; private or special duty nursing at the patient's or family's request; preferred accommodation at the patient's request; hospital services rendered in connection with surgery purely for cosmetic purposes; nursing home intermediate care; residential care services; unauthorized elective services provided to PEI residents temporarily absent from the province; drugs, biologicals, prosthetic and orthotic appliances for use by an in-patient or out-patient after discharge from hospital; ambulance services provided to an in-patient or out-patient prior to admission or after discharge.

Adult residential and nursing home care is available chiefly in government operated "manors" and in licensed private nursing homes. There are seven manors distributed throughout the province, with a total of 570 beds. They provide a mixture of Type I (residential and boarding home care) and Type II (nursing home care), with the majority of residents receiving Type II care. Estimated operating costs of the manors in 1984-85 were approximately $12.2 million.

During 1984-85, there were seven private nursing homes licensed by the Hospital Services Commission. Types I and II care were provided in 375 beds, at an estimated government cost of $2.6 million.

Home nursing care was also offered from five district offices. The estimated cost of 23,700 visits in 1984-85 to 730 persons, was approximately $280,000.

Other home care and ambulatory services were provided in Prince Edward Island for which federal contributions did assist.

Medical Care Plan:

The Medical Care Plan insures all medically necessary physician services and surgical-dental services (e.g. surgical removal of impacted teeth, root resection, etc.) provided to insured persons.

The following services are not insured: services persons are eligible for under other provincial or federal legislation; mileage or travel, unless approved by the Commission; advice or prescriptions by telephone except anticoagulant therapy supervision; examinations required in connection with employment, insurance, education, etc.,; group examinations, immunizations or innoculations, unless prior approval received from Commission; preparation of records, reports, certificates or communications, except a certificate of committal to a psychiatric, drug or alcoholism facility; testimony in court; surgery for cosmetic purposes unless medically required; dental services other than those procedures included as basic health services; dressings, drugs, vaccines, biologicals and related materials; eyeglasses and special appliances; physiotherapy, chiropracty, podiatry, optometry, chiropody, osteopathy, psychology, naturopathy, audiology,

acupuncture and similar treatments; services performed by another person when the supervising physician is not present or not available; services rendered by a physician to members of his/her own household unless approval is obtained from the Commission; laboratory or radiology services provided for under the provincial Hospital Insurance Act; any other services that the Commission may, upon the recommendation of the Medical Advisory Committee, declare to be non-insured.

UNIVERSALITY: (Ref. Section 10)

Hospital Insurance Plan:

Every person permanently residing in Prince Edward Island, with the exception of members of the Canadian Armed Forces (regular) and the Royal Canadian Mounted Police, who has registered under the plan and provided the Commission with all such information as required, is eligible for insured services. Eligibility is based on permanent resi dency and full compliance with the inter-provincial Agreement on Eligibility and Portability.

Medical Care Plan:

The same situation applies under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

PORTABILITY: (Ref. Section 11)

Hospital Insurance Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

Every person registering for insured services under the plan becomes eligible on the first day of the third month following the date of establishing residence. Landed immigrants, repatriated Canadians, returning Canadians, returning landed immigrants, Canadian citizens or spouses of Canadian citizens assuming residence in Canada for the first time, and persons living in the province under the authority of a work permit issued under the Immigration Act (Canada), are entitled to benefits as of the date residency is established, providing registration requirements as set out in the regulations are complied with.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

All insured persons temporarily absent in Canada will have their claims accepted at the rate applicable in the province where such services have been rendered (host province rate) providing the services rendered comply with the regulations regarding medical necessity.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

When a resident is referred outside Canada for services available in PEI, payment is made at the rate established by the Commission, but must not exceed the highest per diem amount charged by hospitals in PEI.

When a resident is referred outside Canada for services not available in PEI, but available in another province, payment is made at the rate established by the Commission, but must not exceed the per diem amount of the Victoria General Hospital, Halifax, Nova Scotia.

When a resident is referred outside Canada for in-patient services not available in PEI or any other province of Canada, payment is made at a rate not to exceed the total amount payable for these services, including room and board and medically necessary hospital services.

When a resident is referred outside Canada for out-patient services not available in PEI or any other province of Canada, payment is made at a rate of 100% of the approved hospital charges.

In the case of a resident who is temporarily absent from the province and, as a result of sudden illness or accident is admitted to a hospital outside Canada, payment is made at a rate not to exceed $100 per day for room and board for standard ward, plus 75% of the balance of the account payable for insured services. Out-patient services under the same conditions are paid at a rate of 75% of the approved hospital charges.

Payment for all out-of-Canada insured services shall be made in Canadian funds.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

Residents are eligible for all benefits under the plan during the inter-provincially agreed waiting period. Residents permanently moving outside Canada are eligible for all benefits under the Plan up until the day of departure from Canada.

Medical Care Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

The same rules apply under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

The same situation applies under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

Insured services are paid at a tariff established by the Commission when they are considered by the Commission to be available in Canada, and are required as a result of a sudden illness or accident, or are approved by the Commission. The Commission may determine the rate for which insured services will be paid in cases where the services are not available in Canada and prior approval of the Commission has been sought.

Payment for all out-of-Canada insured services shall be made in Canadian funds.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

The same rules apply under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

ACCESSIBILITY: (Ref. Section 12)

Hospital Insurance Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

The Hospital Insurance Plan provides for insured hospital services on uniform terms and conditions, on a basis

that does not impede or preclude reasonable access to those services by insured persons. There are no co-insurance charges for hospital services.

In 1984-85, there were seven hospitals in the province with a total of 690 beds. Patients admitted during the fiscal year equalled 27,765 (less than 1% change over 1983-84) and total patient days were 201,212 (.5% increase over 1983-84).

Payment to Hospitals - 12(1)(d)

The Commission establishes the annual operating budget for each hospital and makes payment thereon primarily bi-weekly. Unbudgeted expenses are either adjusted by revision of budgets within the current year or are considered for approval after receipt of the hospital's audited financial statements.

For fiscal year 1984-85, hospitals in the province received an estimated $50.5 million for capital and operating expenses. Other services such as the Blood Transfusion and ambulance services received an estimated $3.6 million. Commission payments for out-of-province hospital services were an estimated $7.4 million.

Medical Care Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

The Medical Care Plan provides for insured health services on uniform terms and conditions, on a basis that does not impede or preclude reasonable access to insured services by insured persons. There is no extra-billing by physicians in the province.

System of Payment - 12(1)(b)

Each practitioner submits a claim to the Commission, along with any required information to substantiate the claim, as prescribed by the tariff of fees, within six months of the date on which the service was rendered. If the claim is in compliance with the provincial Act, payment is made to the practitioner on a bi-weekly basis.

Reasonable Compensation - 12(1)(c)

Negotiations with the Medical Society of Prince Edward Island and the dental association have resulted in signed agreements relating to tariffs of fees for insured services rendered to residents, for the period April 1, 1984 to March 31, 1985.

During 1984-85, payments to physicians in the province were an estimated $16.33 million. For physician services provided out-of-province, the Commission paid approximately $1.26 million.

NOVA SCOTIA

PUBLIC ADMINISTRATION: (Ref. Section 8)

Hospital Insurance Plan:

The Department of Health administers the Hospital Insurance Plan. The provincial Auditor General of Nova Scotia conducts an annual audit of all records and books of accounts of the Department of Health as they pertain to the Hospital Insurance Plan.

Medical Care Plan:

Provincial legislation provides that the Medical Services Insurance Plan shall be administered and operated on a non-profit basis by an authority consisting of the Health Services and Insurance Commission and the Corporation (Maritime Medical Care Incorporated). The Corporation is the administrative and fiscal agent of the province for the Medical Services Insurance Program.

Legislation also states that the Commission shall be responsible to the Minister. The Corporation must prepare and submit to the Minister a report on its accounts and activities concerning the plan, for each fiscal year. The books, records and accounts of the Commission and the Corporation must relate to their duties, functions and responsibilities under the provincial Act, and must be examined at least on an annual basis by the Auditor General.

COMPREHENSIVENESS: (Ref. Section 9)

Hospital Insurance Plan:

In-patient services include: accommodation and meals at the standard ward level; all necessary nursing services; all laboratory, x-ray and diagnostic procedures; all drugs prescribed by a doctor and administered in a hospital; operating room, case room and anaesthetic facilities; routine surgical supplies; radiotherapy and physiotherapy services; and blood or therapeutic blood fractions.

Out-patient services include: laboratory tests; diagnostic procedures involving radioactive isotopes; radiotherapy; physiotherapy; necessary nursing services; x-ray examinations; operating room and anaesthetic facilities; routine surgical supplies; drugs prescribed by the doctor and administered in the hospital out-patient department; services within the Nova Scotia Tumor Clinic; blood or therapeutic blood fractions; hospital services in connection with most minor medical and surgical procedures; day patient diabetic care; pulmonary function tests; inhalation therapy, haemodialysis; home parenteral nutrition; services other than medical provided by and within the Nova Scotia Hearing and Speech Clinic; and the provision and servicing of equipment for the treatment of enthromelalgia.

Uninsured hospital services include: cosmetic surgery; and the reversal of sterilization procedures.

Although the province of Nova Scotia does not run a formally organized insured hospital-based extended care program (Type III), patients requiring care beyond that which can be provided in nursing homes in the province (Types I and II Care) may be cared for in hospitals in the province without charge. Adult residential care and nursing home care are provided by a system of homes for special care of various types, and these programs are the responsibility of the provincial Department of Social Services. Subsidies are provided through the Department for cases of financial need. Homemaker services and other services not provided by health professionals are subsidized through the Department as well. Home care is provided by community health nurses and ambulatory care facilities are provided in hospitals if primarily related to health care requirements.

Medical Care Plan:

Insured services are defined as "all services rendered by physicians which are medically required or which are deemed by the Commission to be medically required". Certain dental-surgical procedures medically required to be rendered in a hospital are also insured, such as, surgical removal of teeth and the exposure of a tooth for orthodontic treatment.

Uninsured services include: services a person is eligible for under the Worker's Compensation Act or under any

other Act; mileage, travelling or detention time; telephone advice or prescriptions; examinations required by third parties; group immunization or innoculation unless approved by the Commission; preparation of certificates or reports; testimony in a court; laboratory or radiological services rendered in Nova Scotia; services in connection with an E.C.G., electromyogram or E.E.G., unless the physician is a specialist in the appropriate specialty; cosmetic surgery; and reversal of tubal ligation or vasectomy.

The following programs, beyond the basic insured services, are provided in Nova Scotia: vision analyses by optometrists; drug program for residents 65 years of age and over; program for sufferers of cystic fibrosis; drug program for those suffering from diabetes insipidus related to the pituitary gland; program of drugs for cancer patients; dental services for children born on or after January 1, 1967, to age 16, or for students registered with the school for the blind; dental program for patients with cleft lip/cleft palate; and prosthetic services program.

UNIVERSALITY: (Ref. Section 10)

Hospital Insurance Plan:

The legislation provides that all residents of the province are entitled to receive insured hospital services from hospitals upon uniform terms and conditions. This provision ensures entitlement to coverage of 100% of the residents of the province. A resident is defined as "a person who is legally entitled to remain in Canada and who makes his home and is ordinarily present in Nova Scotia, but does not include a tourist, a transient, or a visitor to Nova Scotia". Eligibility for benefits for residents does not depend upon prior registration.

Medical Care Plan:

All residents of the province are insured upon uniform terms and conditions in respect of payment of the cost of insured medical services to the extent of the tariffs. The eligibility of patients under the Medical Plan is the same as for the Hospital Plan.

PORTABILITY: (Ref. Section 11)

Hospital Insurance Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

Persons from elsewhere in Canada establishing permanent residence in the province are eligible for insured health services on the first day of the third month immediately following the month in which they become residents of Nova Scotia. This is in compliance with the Agreement on Eligibility and Portability.

First day coverage is available for certain residents including landed immigrants, discharged members of the Canadian Armed Forces, and returning Canadians. As well, immediate coverage on a retroactive basis is provided to persons from outside Canada who are in the province on work permits for periods of 12 months or longer.

Payment Arrangements in Canada - 11(1)(b)(i)

Nova Scotia participates in the Reciprocal Billing Arrangement.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

Referrals, accidents or emergency services are paid at the rate of $100.00 per day plus 75% of the balance. Residents may either pay the hospital account and claim reimbursement for the insured amount from the plan or arrange to have payment of the insured portion paid directly to the hospital concerned.

Elective services are not insured except in special circumstances.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

Residents moving permanently to other parts of Canada continue to be covered for insured services for a period of up to three months after departure, plus reasonable travelling time. Residents of Nova Scotia permanently moving outside Canada lose coverage the day of departure from the province.

Medical Care Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

The same rules apply under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

Payment Arrangements in-Canada - 11(1)(b)(i)

Medical services received elsewhere in Canada are paid for as per the tariff of the host province. The patient may either pay the physician directly and then claim reimbursement from the plan or the patient may assign the right of payment to the physician.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

Referrals, accidents or emergency services are paid at the Nova Scotia tariff plus 75% of the difference.

Elective services are paid at the Nova Scotia tariff.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

The same rules apply under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

ACCESSIBILITY: (Ref. Section 12)

Hospital Insurance Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

There are no hospital user charges applicable under the Hospital Insurance Plan.

Over 90% of the population lives within 30 minutes travel time of the 50 provincial hospitals. A system of regional hospitals throughout the province provides specialty services to residents, in addition to the major tertiary care services in Halifax.

Payment to Hospitals - 12(1)(d)

Hospitals are paid for insured services via a budgetary process whereby they submit their budget estimates to

the Minister, who is authorized by Regulations to review and analyze these estimates. Approved estimates form the basis upon which payments are made by the plan to the hospitals each year. In 1984-85, there were a total of 5,594 hospital beds in Nova Scotia. Department of Health expenditures for general hospital services were $459,816,877. Total admissions to hospitals were 160,553. Patient days in hospital totalled 1,458,784.

Medical Care Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

There are no extra charges applicable under the Medical Services Insurance Plan.

The province has placed no restrictions or limitations on the number of physicians who may bill the plan. Subsidies are available to encourage physicians to locate in remote areas of the province.

System of Payment - 12(1)(b)

Payments to physicians for insured services rendered residents are made on a fee-for-service basis in the vast majority of cases. Some insured services are rendered by salaried physicians in institutions.

Total payments for physician services during fiscal year 1984-85 amounted to $151,425,328, of which $5,460,061 was for salaried and sessional payments, and $201,667 was paid out for out-of-province hospital out-patient and diagnostic services.

Payments to dentists for insured dental-surgical services totalled $1,981,155.

Reasonable Compensation - 12(1)(c)

The Health Services and Insurance Act empowers the Commission to negotiate compensation for insured medical and dental services with the Medical Society and the Dental Association, and to participate in any process of final offer arbitration in respect of issues of compensation not resolved by negotiation.

The province's doctors rank third nationally with regards to income level. During fiscal year ended March 31, 1985, those physicians who received over $50,000 in payment from the plan, averaged $139,000.

NEW BRUNSWICK

PUBLIC ADMINISTRATION (Ref. Section 8)

Hospital Insurance Plan:

The plan is administered by the Department of Health on a non-profit basis and is subject to audit of its accounts and financial transactions by the provincial Auditor General's office.

Medical Care Plan:

The same situation applies under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

COMPREHENSIVENESS: (Ref. Section 9)

Hospital Insurance Plan:

The in-patient services to which insured persons are entitled correspond to those cited in the Canada Health Act. The out-patient services include laboratory, diagnostic radiology procedures where available, and the hospital component of other out-patient services except patent medicines, take home drugs, third party requests for diagnostic services, visits for the administration of drugs, vaccines or biologicals, and any service not included in the provincial schedule of insured physicians services.

Services are not insured if provided to persons entitled under other Statutes.

Beyond these services, the province also provides a prescription drug program for residents 65 and over, a Senior's Health Benefits program, and nursing home benefits. Additionally, New Brunswick operates an extra-mural hospital program which provides acute care services in home settings.

Medical Care Plan:

Insured health services are defined as all medically required services rendered by a medical practitioner,

certain medically required services rendered by qualified dental practitioners in an approved hospital, and limited optometrical services.

The following services are not covered by the plan: elective plastic surgery or other services, when done, for cosmetic purposes; medicines, drugs, materials, surgical supplies or prosthetic devices; advice or prescription renewal by telephone, except as provided in the schedule of payments; examination of medical records or certificates; immunization, examinations or certificates for purposes of travel, employment, immigration, or insurance, or at the request of a third party; other services required by hospital regulations or medical laws; dental services provided by a medical practitioner; distance or travelling time, except as provided in the schedule of payments; testimony in a court or before any other tribunal; services provided by medical practitioners to members of their immediate family; psychoanalysis; electrocardiogram where not performed by a specialist in internal or pediatric medicine; laboratory procedures not included as part of an examination or consultation fee; the fitting and supplying of eyeglasses or contact lenses; trans-sexual surgery; acupuncture; and complete medical examinations where performed for the purposes of periodic check-up and not for medically necessary purposes.

UNIVERSALITY: (Ref. Section 10)

Hospital Insurance Plan:

All insured persons of the province are entitled to coverage. The following persons, whether residents or not, are not entitled to coverage: regular members of the Canadian Armed Forces; members of the Royal Canadian Mounted Police Force; persons serving a prison term in a penitentiary maintained by the Government of Canada, or persons from another province who are in New Brunswick for educational purposes and who are eligible for coverage under their provincial plan.

To be entitled for insured services, a beneficiary and his/her dependents must register. Upon registration, eligible persons are issued a New Brunswick Hospital-

Medicare card bearing the resident's name, address, date of birth and medicare number. This card must be produced when requesting services from a medical practitioner or a medical facility.

Medical Care Plan:

The same situation applies under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

PORTABILITY: (Ref. Section 11)

Hospital Insurance Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

A person is eligible to become a beneficiary under the health plan on the first day of the third month following the month of arrival in the province when entering from another province. The following groups may be eligible for first day coverage when full time residence in New Brunswick is established: members of the Canadian Armed Forces, RCMP and penitentiary prisoners upon discharge in New Brunswick; non-Canadian spouses of Canadian residents assuming residence in Canada for the first time; landed immigrants; repatriated Canadians; returning Canadians; returning landed immigrants and Canadian citizens establishing residence in Canada for the first time.

An eligible person may be "temporarily" absent from the province for the purpose of vacations, visits or business arrangements, however, this should not exceed 12 consecutive months, unless approved by the Director of Medicare.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

In-patient services will be paid at the rate approved by the relevant province's hospital insurance plan. Out-patient services are paid at the standard out-patient rate established by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services. Payment may be made to the person directly, the facility involved in the provision of the service, or, if a reciprocal agreement exists between the provinces, New Brunswick will pay the province.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

In-patient services available in New Brunswick are paid at an all inclusive rate based on the average ward rate of the three largest New Brunswick hospitals. Payment for in-patient services defined as not available in the province, is calculated based on the average ward rate of three major Canadian hospitals, selected by the Medical Director.

Out-patient services are paid at the standard out-patient rate established by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Payment for out-of-Canada insured services is in Canadian funds.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered up to and including the last day of the second month following the month of arrival in the new province.

Medical Care Plan:

The same rules apply under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

Insured services defined as not available in New Brunswick shall be paid at the host province rate. Services available within the province are paid at the New Brunswick rate.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

Services listed as not available in New Brunswick shall be paid at the amount under either the Medical Services Plan of the province of Ontario or the province of Quebec, at the Medical Director's discretion. Services available in New Brunswick shall be paid at the New Brunswick medical fee schedule rate.

Payment for out-of-Canada insured services is in Canadian funds.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

The same rules apply under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

ACCESSIBILITY: (Ref. Section 12)

Hospital Insurance Plan:

Possession of a New Brunswick Hospital-Medicare card entitles eligible persons to insured services. There are no user charges for in-patient services; however, excluding persons 65 years of age and over, fees for general out-patient services are $6.00 per day, or $3.00 per day for social assistance recipients and persons requiring respiratory technology services.

Hospital statistics for 1984-85 are as follows: number of patient days - 1,732,762; number of admissions - 125,333; number of separations - 125,004; number of emergency visits - 823,939.

Payment to Hospitals - 12(1)(d)

New Brunswick hospitals receive an annual global budget to provide approved services. Payments are made to the hospitals on a bi-monthly basis. Total expenditures for insured hospital services in-province and out-of-province amounted to $343,919,000 in 1984-85.

Medical Care Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

Possession of a New Brunswick Hospital-Medicare card entitles eligible persons to insured services. During fiscal year 1984-85, 4,080,672 services were provided on a fee-for-service basis by in-province general practitioners and specialists. Out-of-province physicians provided 122,368 services, for a total of 4,203,040 services.

System of Payment - 12(1)(b)

Medical practitioners must submit a claim containing the required information regarding the patient and the services provided. A medical practitioner wishing to

practice under the Medical Services Act must make application to the Minister. Selective opting-out on a case-by-case basis is permitted, which results in a small amount of extra-billing.

Reasonable Compensation - 12(1)(c)

Compensation for medical practitioners is based on the schedule of fees of the New Brunswick Medical Society. A fee for those services not included in this schedule is determined by the Director of the Medical Plan in consultation with the Society. During 1984-85, payments made on a fee-for-service basis to in-province general practitioners and specialists totalled $79,494,821. Out-of-province physician payments totalled $4,226,319 for a total of $83,721,140.

QUEBEC

PUBLIC ADMINISTRATION: (Ref. Section 8)

Hospital Insurance Plan:

The Hospital Insurance Plan is operated on a non-profit basis by the Department of Health and Social Services. The accounts and transactions are audited by the Auditor General of the province.

Medical Care Plan:

The Health Insurance Plan is operated on a non-profit basis by the Régie de l'assurance-maladie du Québec, a public authority appointed by the provincial government and responsible to the Minister of Health and Social Services. The accounts and transactions are audited by the Auditor General of the province.

COMPREHENSIVENESS: (Ref. Section 9)

Hospital Insurance Plan:

The network of establishments under the Department of Health and Social Services includes hospital centres, and some local community services centres.

Hospital centres are divided into two classes for the treatment of physical and mental illness: Short Term Hospital Centres which provide short term as well as convalescent care; Extended Care Hospital Centres, providing care and treatment on a continuous basis for a period averaging more than 90 days.

Insured in-patient services are provided in short term and extended care hospital centres whereas out-patient services are available only in short term hospital centres.

Insured in-patient services include: accommodation and meals at the standard ward level, nursing, diagnostic and therapeutic services, use of operating rooms, medications, prostheses or ortheses, biological products, radiotherapy, physiotherapy and services rendered by hospital staff.

Out-patient services cover clinical services for psychiatric care, including electroconvulsive, insulin and behaviour therapies, emergency care, minor surgery, radiotherapy, diagnostic services, physiotherapy and, other services or examinations required under Quebec legislation.

Medical Care Plan:

The services insured by this plan include: medical and surgical services provided by physicians; and oral surgery performed by dentists in hospital centres.

Beyond basic insured services, the plan also covers optometric services; dental care for children under 16; dental care and dental prostheses for social aid beneficiaries; prostheses, orthopedic apparatuses and their accessories; breast prostheses, occulary prostheses, hearing aids; ostomy appliances, prescribed drugs for the elderly (65 and over) and social aid beneficiaries.

UNIVERSALITY: (Ref. Section 10)

Hospital Insurance Plan:

Registration with the hospital insurance plan is not required. Registration with the Régie de l'assurance-maladie or proof of residence is sufficient to establish eligibility. No premium payment exists.

Medical Care Plan:

All residents of Quebec must be registered with the Régie de l'assurance-maladie to be admissible to the health insurance plan. No premium payment exists.

PORTABILITY: (Ref. Section 11)

Hospital Insurance Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

Insured persons moving to Quebec from other provinces or territories in Canada are entitled to coverage under the Quebec Health Insurance Plan when benefits under the province of origin cease.

Persons temporarily absent from the province, i.e. students, trainees, civil servants, employees of non-profit organizations with head offices in Canada and employed abroad in programs recognized by the Minister of Health and Social Services, and persons absent for less than 12 consecutive months maintain their coverage. Persons absent for more than 12 months may also maintain their coverage, provided the Board is notified.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

Hospital costs incurred in other provinces or territories are paid for through "reciprocal billing", an arrangement established between the provinces and territories. In-patient costs are paid at standard ward rates approved by the host province or territory and out-patient costs are paid at approved standard inter-provincial rates.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

The costs of hospital in-patient and out-patient services provided out-of-Canada are reimbursed by the Régie in emergencies only. Up to $700.00 is reimbursed in full and 50% of any amount in excess.

These conditions are waived for certain beneficiaries, for example, students, trainees, civil servants, and employees of non-profit organizations residing temporarily out-of-Canada, where the rate of payment is 100% of costs incurred for emergency hospital care and 75% for non-emergency hospital services.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered for up to three months after leaving the province.

Coverage is immediately discontinued when residents move permanently to another country.

Medical Care Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

Insured persons moving to Quebec from other provinces or territories in Canada are entitled to coverage under

the Quebec Health Insurance Plan when benefits under the province of origin cease, provided they register with the Régie de l'assurance-maladie.

Persons temporarily absent from the province, i.e. students, trainees, civil servants, employees of non-profit organizations with head offices in Canada and employed abroad in programs recognized by the Minister of Health and Social Services, and persons absent for less than 12 consecutive months maintain their coverage. Persons absent for more than 12 months also maintain their coverage, provided the Board is notified.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

The costs of physician services incurred in other provinces or territories while insured residents are temporarily absent are paid at the lesser of the amount actually paid or the rate that would be paid for the same services in Quebec. Where such services are not available in Quebec, the full cost is reimbursed as long as treatment is recommended by two physicians and receives prior approval from the Régie.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

The same rules apply for out-of-Canada services as is the case for in-Canada.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

The same conditions apply under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

ACCESSIBILITY: (Ref. Section 12)

Hospital Insurance Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

Everyone has the right to receive adequate health care services without any kind of impediment. Charges for rehabilitative/convalescent care services in long term care hospitals, which had applied in the last nine months of 1984-85, were rescinded at the end of the reporting period.

Payment to Hospitals - 12(1)(d)

The contract established between the Minister of Health and Social Services and a hospital centre provides for payment by the Minister to the hospital centre in respect of the cost of insured services provided.

In 1984-85, payments to hospitals in and outside the province for insured services totalled about $4.0 billion.

Medical Care Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

There is no extra-billing by physicians in the province. While the majority of physicians practise within the provincial plan, Quebec allows for two other options: physicians who have withdrawn from the plan practise outside the plan but must agree to remuneration in accordance with the provincial fee schedule; and non-participating physicians who practise outside the Plan entirely so that neither they, nor their patients, receive reimbursement from the plan, except for emergency services.

System of Payment - 12(1)(b)

Physicians are paid in accordance with a fee schedule. Physicians who have withdrawn are paid directly by the patient in accordance with the fee schedule. The patient in turn collects from the Plan. Non-participating physicians are paid directly by the patients according to the amount charged.

For fiscal year 1984-85, payments to physicians, dentists and other practitioners amounted to about $1.2 billion for medical services rendered both in and outside the province.

Reasonable Compensation - 12(1)(c)

Provision is made in law for reasonable compensation for all insured health services rendered by medical practitioners or dentists. The Minister may enter an agreement with the bodies representing any class of professionals in the health care field, prescribing a different remuneration for medical services where the number of professionals is insufficient. He may also

provide a different remuneration for physicians during the first years of practise according to the territory of practice and the nature of activities. These provisions are preceeded by consultation with bodies representing health professionals.

ONTARIO

The Ontario Health Insurance Plan is a combined Hospital, Medical Care and Extended Care Services Insurance Plan.

PUBLIC ADMINISTRATION: (Ref. Section 8)

The insured health program in Ontario is operated on a non-profit basis by an administrative unit of the Ministry of Health established under the Health Insurance Act to provide insurance in respect of the cost of services in hospitals and health facilities, by physicians and by other health care practitioners. The accounts and transactions are audited by the Provincial Auditor and are published in the Public Accounts of Ontario.

COMPREHENSIVENESS: (Ref. Section 9)

Insured in-patient hospital services are as follows: standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; use of operating rooms, obstetrical, delivery room, and anaesthetic facilities. Most out-patient services are insured, including: laboratory, radiological and other diagnostic procedures; use of radiotherapy, occupational therapy, physiotherapy and speech therapy facilities; and diet counselling. Also included are home renal dialysis, hyperalimentation and haemophiliac programs.

Uninsured hospital services include: additional charges for preferred accommodation unless prescribed by a physician; charges for private duty nursing; and in-province hospital visits solely for the administration of drugs other than anti-rabies injections.

In addition to the insured hospital benefits, Ontario also covers mental health services, including the operation of provincial psychiatric hospitals, and ambulance services.

Extended health care programs in Ontario include extended care in nursing homes for the aged, the residential component of the Homes for Special Care Program, and the acute and chronic home care program. The user charge provisions of the Canada Health Act do not apply to these programs.

Insured medical services include all services provided by physicians that are medically necessary. Insured physician services in facilities, physicians' offices or in a patient's home include: diagnosis and treatment of medical disabilities and conditions; medical examinations and tests; surgical procedures; maternity care; anaesthesia; and radiology and laboratory services in approved facilities; immunization, injections and tests.

Insured dental services include: odontectomies; repair of traumatic injuries; surgical incision; excision of tumors and cysts; treatment of fractures; homegrafts; inplants and alloplastic reconstructions performed in a hospital.

Insured services also include oculo-visual assessments by optometrists and some diagnostic and therapeutic services provided by chiropractors and chiropodists.

Uninsured services include: preparation of records, reports, certificates, communications, court testimonies; eyeglasses, prostheses, orthopedic assistive devices and aids except those designated by the Assistive Device program; transportation charges; medical examinations required for employment, life insurance, admission to camp or recreational activities; cosmetic surgery; acupuncture; and psychological testing.

Ontario also financially supports a drug benefit program for the elderly and, with some limitations, the services of chiropractors, osteopaths, chiropodists, optometrists and physiotherapy clinics.

UNIVERSALITY: (Ref. Section 10)

All residents, with the exception of members of the Royal Canadian Mounted Police, members of the Canadian Armed Forces and inmates of penitentiaries, who make their

home and are ordinarily present in Ontario are eligible for coverage subject to certain waiting periods (see Portability Section).

Every resident of Ontario is required to register him/her self and dependants and to pay prescribed premium payments. All insured hospital, medical and in-hospital dental services, to which federal contributions are related, are available to Ontario residents on uniform terms and conditions.

Residents 65 years of age and over, their spouses and dependants are exempt from premium payment. Residents requiring financial assistance may obtain premium relief or assistance.

PORTABILITY: (Ref. Section 11)

Minimum Residency - 11(1)(a)

Benefits are available within three months of establishing residency and upon payment of premium.

Coverage is available to the following persons, upon payment of the first premium, as long as it is made within the prescribed period of time applicable to each category: persons from other provinces, where eligibility under their provincial health insurance plan has ceased; discharged members of the Canadian Armed Forces and the Royal Canadian Mounted Police; inmates discharged from penitentiaries; missionaries returning to Canada; students returning to Canada within one year of departure; landed immigrants; and foreign students enrolled in an Ontario educational institution for more than one year.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

Ontario participates in reciprocal agreements with all other provinces or territories for insured in and out-patient services. Payment is at the in-patient rate of the plan in the province where hospitalization occurs. Ontario pays the standard out-patient charges authorized by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Insured physician services are paid at the same rate as would be paid in Ontario for the same service. Ontario supports the use of the standard claim form for billing of medical claims.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

Emergency hospital care or elective hospital care not available in Canada is paid at 100% of standard ward rate of the providing hospital. Elective hospital care which is available in Canada is paid at 75% of ward rate.

Insured medical and dental care services received outside Canada are paid up to the Ontario rate.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

Ontario residents moving permanently to other parts of Canada are entitled to benefits until coverage of another provincial health insurance plan takes effect, or up to the first day of the fourth month after departure.

ACCESSIBILITY: (Ref. Section 12)

Reasonable Access - 12(1)(a)

All insured persons are entitled to all insured hospital and medical services to which federal contributions relate. No resident will be refused insured health services because of financial need.

Public hospitals in Ontario are required to accept persons admitted to hospitals by a physician. A user charge in respect of chronic hospital care applies, which is permissible by virtue of Section 19(2) of the Canada Health Act. Income exemption provisions ensure access to those in financial need.

Reasonable access to physician services is ensured by an adequate supply of physicians. The physician-to-population ratio in 1984 was 1:515. Extra-billing is permitted for those physicians who opt-out of the plan, in which case the patient is reimbursed at the OHIP rate. A toll free number assists persons in locating physicians who are opted-in to the Ontario Plan. As well, physicians

who bill in excess of the OHIP Schedule of Benefits must notify the patient of the amount of the excess fee in advance of the service being rendered.

An Underserviced Area Program is aimed at providing residents of rural and remote areas of the province with improved access to physician services.

System of Payment - 12(1)(b)

Physicians in the province are paid on a fee-for-service system, on the basis of a fee schedule registered with the profession through the Joint Committee on Physicians' Compensation.

Currently, physicians elect to opt in and bill the plan for all services, or opt out and bill the patient for all services. Extra-billing is generally restricted to physicians who have opted out. Opted-out physicians in Ontario have the option to bill OHIP directly for certain specified groups of patients and through an associated medical group for services rendered in public hospitals, nursing homes and other institutions. OHIP payment must be accepted as payment in full in these cases.

Payments to physicians, dentists and other health care practitioners totalled $2.2 billion in 1984-85.

Reasonable Compensation - 12(1)(c)

The Joint Committee on Physicians' Compensation is composed of members from the Medical Association and the Provincial Government. Agreements acceptable to both parties regarding global adjustments to the OHIP Schedule of Benefits are aimed at; however, in instances of impass, neutral Chairmen and fact-finders are recruited.

Payment to Hospitals - 12(1)(d)

Public general hospitals in the province are paid on a budget basis including all reasonable costs for insured services. The Ontario budget system is a prospective reimbursement system incorporating annual increases to the grants to reflect the effects of: inflation, workload increases, introduction of approved new programs, and cost increases in respect of growth in volume of specific designated life-support programs. Payments are made to hospitals on a semi-monthly basis.

In 1984-85, Ontario paid hospitals and contract facilities an estimated $4.2 billion for insured services. Payments to hospitals out-of-province totalled $73.2 million, for insured services provided to Ontario residents.

MANITOBA

The Manitoba Health Services Insurance plan is a combined Hospital, Medical Care and Extended Care Services Insurance Plan. It also includes a number of programs for which the Government of Canada does not make financial contributions. These include Pharmacare, certain Chiropractic and Optometric services, Northern Patient Transportation and an Ambulance Grant program.

PUBLIC ADMINISTRATION: (Ref. Section 8)

The insured health program in Manitoba is administered by the Manitoba Health Services Commission which is a non-profit agency of government established under the Health Services Insurance Act, to provide insurance in respect of the cost of hospital services, medical services and other health services.

The Commission is required to submit an annual report to the Minister of Health including an audited balance sheet and audited statement of operating revenues and expenditures.

COMPREHENSIVENESS: (Ref. Section 9)

Insured hospital services are as follows: standard ward accommodation and meals; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; routine surgical supplies; radiotherapy, physiotherapy, occupational and speech therapy. Most out-patient services are insured. In some cases, the hospital may charge for take home supplies of drugs and dressings.

Uninsured hospital services include: additional charges for preferred accommodation; charges for private nurses; personal services such as television, radio, telephone, etc.; and laboratory and x-ray procedures performed in facilities not approved by the Commission.

Although not a requirement under the Canada Health Act, the Manitoba plan also provides coverage for persons residing in Personal Care Homes. Benefits under the program include the following: accommodation at the standard ward level; meals, including special and therapeutic diets; necessary nursing services; routine medical and surgical supplies; prescribed drugs, biologicals and related preparations approved by the Plan; physiotherapy and occupational therapy services; routine laundry and linen services; other goods and services approved by the Plan. Residents of personal care homes pay a daily residential charge which was $14.80 on March 31, 1985.

Insured physician services in facilities, physicians' offices or in a patient's home include: diagnosis and treatment of medical disabilities and conditions; medical examinations and tests; surgical procedures; maternity care; anaesthesia; x-rays and laboratory services in approved facilities; immunizations, injections and tests. Insured dental services when provided by a registered dental surgeon or a registered oral surgeon in hospital only, include: surgical removal of impacted teeth; surgical removal of any teeth where a hospital is required; repair of traumatic injuries to soft tissue in and around the mouth; and, in cases of emergency or at the special request of a medical practitioner, performing or assisting a medical practitioner in the closed reduction of fractures of mandible or maxilla.

Uninsured medical services include: examinations and reports for reasons of employment, insurance, attendance at university, etc., or performed at the request of a third party; group immunization or other group services except where authorized by the Commission; services provided by a medical practitioner to his/her self or any dependent; preparation of records, reports, certificates or communications; mileage, travelling time, advice by telephone, or testimony in court; services provided by psychologists, chiropodists, naturopaths, podiatrists, and other practitioners not provided for in legislation.

UNIVERSALITY: (Ref. Section 10)

All residents, with the exception of members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police and inmates of penitentiaries, who make

their home and are ordinarily present in Manitoba, are eligible for coverage subject to certain waiting periods (see Portability section). Every resident of Manitoba is required to register him/her self and dependents. All insured hospital, medical and in-hospital dental services to which federal contributions are related, are available to Manitoba residents on uniform terms and conditions.

PORTABILITY: (Ref. Section 11)

Minimum Residency - 11(1)(a)

Benefits are available on the first day of the third month following the month of arrival in Manitoba for persons from another province. Persons arriving from out-of-Canada are insured on date of arrival in Manitoba.

Persons temporarily absent from the province may continue as insured persons for up to twelve months.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

Manitoba has a reciprocal billing arrangement with all other provinces and territories for insured in and out-patient hospital services. Payment is at the in-patient rate of the plan in the province where hospitalization occurs. Manitoba pays the standard out-patient charges authorized by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Insured physician services are paid at the rate of the plan of the province in which services are provided (host province rate). This represents a change to Manitoba regulations, made during 1984, in order to conform to the provisions of the Canada Health Act. The additional cost to Manitoba as a result of this change for the period July 1, 1984 to June 30, 1985 exceeded $300,000.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

Emergency hospital care, or hospital care which in the opinion of the Commission could not have been provided adequately in Manitoba, is paid at the greater of 75% of the hospital's charges for the service or an average

daily rate based on the cost of such services in Manitoba hospitals of comparable size. In cases of demonstrated financial hardship, the Commission is authorized to pay more than normal benefits. The Commission does not normally pay for out-of-Canada elective care that is available in Manitoba.

Insured medical and dental services received outside Canada are paid up to the Manitoba rate, when: required due to accident or sudden illness; in the Commission's opinion could not be adequately provided in Manitoba; provided to a person named in an out-of-province certificate; or provided to an insured resident temporarily employed or studying outside of the country. Approval of the Commission must be obtained in other cases.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

Manitoba residents moving permanently to other parts of Canada are entitled to benefits up to the last day of the second month following the month of arrival in their new place of residence. Reciprocal agreements exist with all the provinces and territories to ensure there is no gap in continuity of coverage for necessary hospital and physician services.

Manitoba residents moving to another country are entitled to insured benefits up to the last day of the second month following the date of departure from Manitoba.

ACCESSIBILITY: (Ref. Section 12)

Reasonable Access - 12(1)(a)

All insured persons are entitled to all insured hospital and medical services to which federal contributions relate.

Manitoba states that it compares favourably to the national average with respect to hospital beds available to residents, including beds in teaching hospitals.

As well, Manitoba states that it compares favourably to the national average with respect to population per physician. Incentive programs currently exist in order

to attract physicians to some rural areas and to some specialties that are experiencing a shortage of physicians; the Standing Committee on Medical Manpower continues to address the issue.

System of Payment - 12(1)(b)

Public general hospitals in the province are paid on a budget basis including all reasonable costs for insured services.

Physicians in the province are paid on the basis of a fee schedule negotiated annually with the Manitoba Medical Association. Prior to a recent agreement with the Association, extra-billing was being permitted during the reporting period.

The Commission's expenditures for medical services in 1984-85 totalled $188,789,000, including medical fee-for-service, salary, private laboratory and x-ray facilities, as well as oral, dental and peridontal surgery.

Reasonable Compensation - 12(1)(c)

The Commission recently reached an agreement with the Manitoba Medical Association containing a provision for arbitration on a three-year trial period, with respect to fee increases, in the event the Commission and the medical association are unable to negotiate a fee increase that is mutually acceptable.

Fees for insured dental services are negotiated with the Manitoba Dental Association.

Payment to Hospitals - 12(1)(d)

Total Commission expenditures for hospital services during fiscal year 1984-85 amounted to $581,724,000. This includes payments to federal hospitals in the amount of $1,092,000; $10,046,000 to contract facilities and Red Cross Blood Transfusion Services; $11,044,000 to hospitals outside the province; and $559,542,000 to public general hospitals.

SASKATCHEWAN

PUBLIC ADMINISTRATION: (Ref. Section 8)

Hospital Insurance Plan:

The Saskatchewan Hospital Services Plan is administered on a non-profit basis by the Provincial Department of Health. Saskatchewan Health is responsible to the provincial government through the Saskatchewan Minister of Health. The Saskatchewan Hospitalization Fund, through which the plan is financed, is audited annually by the provincial auditor who submits a report to the Minister of Health which is tabled in the Saskatchewan legislature.

Medical Care Plan:

The Saskatchewan Medical Care Insurance Plan is administered on a non-profit basis by the Saskatchewan Medical Care Insurance Commission. The Commission is responsible to the provincial government through the Saskatchewan Minister of Health. The Medical Care Insurance Fund is also audited by the provincial auditor.

COMPREHENSIVENESS: (Ref. Section 9)

Hospital Insurance Plan:

A comprehensive range of insured services is provided by hospitals through the Saskatchewan Hospital Services Plan. Insured services include: public ward accommodation; necessary nursing services; operating and case room facilities; surgical dressings and casts as well as other required surgical materials and appliances; x-ray, laboratory and other diagnostic procedures, with necessary interpretations; radiotherapy; anaesthetic agents and the use of anaesthesia equipment; physio-therapeutic procedures; all other services rendered by individuals who receive any remuneration from the hospital; all drugs, biologicals and related preparations administered in hospital and approved by the Minister.

Uninsured services under the Saskatchewan Hospital Services Plan, either in province or out-of-province include: Level IV Extended Care; private and semi-private accommodation when chosen by the patient; services of persons not employed by the hospital; custodial care whether provided in hospital or at home, or care and treatment in institutions primarily concerned with mental or nervous disorders; cosmetic surgery, with certain exceptions; certain drugs, biologicals and related preparations; transportation costs (ambulance services), except between hospitals within the same Saskatchewan city; authorized user charges (co-insurance) applied by British Columbia hospitals; services provided outside Canada for the treatment of cancer involving the use of cancer treatment drugs or procedures not approved in Canada; and take home drugs and appliances.

In addition to insured hospital services, the plan also funds directly, or through grants to hospitals, a variety of other agencies, programs and activities including: Saskatchewan Cancer Foundation; Canadian Red Cross Society; community clinics; osteopathic services; and physical therapy facilities.

Extended Health Care Services such as nursing home care, special care nursing homes, and ambulatory care are provided by Saskatchewan Health.

Medical Care Plan:

A comprehensive range of insured services are provided by medical practitioners and dentists.

Uninsured services under the Saskatchewan Medical Care Insurance Plan, either in province or out-of-province include: travelling; advice by telephone; surgery for cosmetic purposes with exceptions; and any mental or physical examination for the purpose of employment, insurance, judicial proceedings, etc.

In addition to insured physician and dental services, the Medical Care Insurance Plan also covers visit and x-ray services by chiropractors and refractions by optometrists.

UNIVERSALITY: (Ref. Section 10)

Hospital Insurance Plan:

All insured persons, as prescribed by the Saskatchewan Hospitalization Act and Regulations, are entitled to make use of services provided through the plan. A person must be a resident of the province, that is, someone legally entitled to remain in Canada, who makes his home and is ordinarily present in the province or any other person declared by the Lieutenant-Governor-in-Council to be a resident, in order to become a beneficiary eligible for insured medical services. Eligibility for benefits for residents is solely dependent upon registration. No premiums are levied.

The following persons are ineligible for benefits: students from another province or territory entitled or eligible to benefits in their home province; members of the R.C.M.P.; members of the regular forces of the Canadian Armed Forces; and persons serving a term of imprisonment in a federal penitentiary.

Medical Care Plan:

The same rules apply under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

PORTABILITY: (Ref. Section 11)

Hospital Insurance Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

The minimum residency period for residents to be eligible to receive insured services, does not exceed three months.

Persons entitled to first day coverage for insured health services include: newborns; abandoned children; adopted children; members of the Canadian Armed Forces upon discharge; members of the R.C.M.P. upon release from duty; parolees and penitentiary prisoners upon discharge; prisoners in a provincial (municipal) jail; landed immigrants; in-patients of a mental hospital or facility; and persons nominated under the Saskatchewan Assistance Act.

A resident continues to be eligible for benefits during periods of temporary absence providing that: the person is physically present in Saskatchewan for at least four months of each year; the person is in full time attendance at an educational institution outside the province and is intending to return to maintain residence in Saskatchewan within 60 days of completion of studies; or the person is employed outside Canada under a contractual agreement for a period not exceeding 24 months and intends to continue residing in the province upon completion of the contract.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

The Hospital Plan pays for insured hospital services at the provider province rate. A common claim form is used by the out-of-province hospital to bill their provincial hospital insurance plan, which in turn bills the Saskatchewan Hospital Services Plan.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

The plan pays at the Saskatchewan rate providing that the service is recognized as an insured hospital service in Saskatchewan. Beneficiaries may pay for service directly or have the bill forwarded to the Saskatchewan Hospital Services Plan.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

Residents moving permanently out-of-province or out-of-Canada are eligible for coverage for the remainder of the month in which they take up new residence outside Saskatchewan, plus the following two months.

Medical Care Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

The same rules apply under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

The Saskatchewan Medical Care Insurance Plan pays for insured medical services at a rate customarily paid to Saskatchewan physicians. Out-of-province physicians can

bill the plan through the use of the Standard Claim Form or they may directly bill the patient who can obtain reimbursement from the Saskatchewan plan.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

Emergency medical services are paid at rates approved in Saskatchewan. Payment can be made either to the patient or the physician after acceptable documentation is received by the plan.

Physician services not available in Saskatchewan may be eligible for special coverage if a specialist physician notifies the Commission prior to the service being provided and the Commission agrees that the service is not available in the province. Payment is at a rate considered to be fair and reasonable by the Commission.

Permanent Moves Out-of-Canada - 11(1)(c)

The same situation applies under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

ACCESSIBILITY: (Ref. Section 12)

Hospital Insurance Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

Saskatchewan states that reasonable access to hospital services is available for Saskatchewan residents. There are 134 hospitals with in-patient and out-patient services widely available throughout the province. No user charges exist for hospital services.

Payment to Hospitals - 12(1)(d)

Legislation authorizes the Minister of Health to make payments to hospitals. Semi-monthly payments are made by the plan on the basis of the estimated reasonable cost of providing insured services by each hospital in the fiscal year. During the twelve months ending March 31, 1985, payments totalling $388,068,838 were made to hospitals in the province for in-patient care and $52,193,877 for out-patient services. Saskatchewan hospitals received $4,855,089 for in-patient and out-patient

care provided to residents of other provinces under reciprocal agreements with other provinces. Payments for insured services provided in hospitals outside the province to Saskatchewan residents amounted to $16,634,627 in 1984-85.

Medical Care Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

Saskatchewan states that reasonable access to physician services exists for Saskatchewan residents. There are over 1,082 active physicians throughout the province. Although extra-billing was in practice during the reporting year, legislation was introduced banning extra-billing by physicians.

System of Payment - 12(1)(b)

Insured physician and dental services are paid on a fee-for-service basis in accordance with the Medical Care Insurance Commission payment schedule and assessment rules.

Reasonable Compensation - 12(1)(c)

As well as introducing legislation banning extra-billing, changes were proposed to the method of reasonable compensation for physicians. Under the proposed procedures, the Minister of Health and the Saskatchewan Medical Association are to attempt to reach an agreement on the amount of money to be made available during the term of the agreement and for adjustments in the general rates of payment for insured medical services contained in the medical care payment schedule. As well, new legislation proposes the establishment of a Medical Compensation Review Committee and a Medical Compensation Review Board, in the event that the committee is unable to reach an agreement.

Payments by the Commission to physicians for insured services for the fiscal year ending March 31, 1985 totalled $149,982,289. Dentists received $720,396.

ALBERTA

PUBLIC ADMINISTRATION: (Ref. Section 8)

Hospital Insurance Plan:

The Hospitalization Benefits Plan is administered and operated on a non-profit basis. The Minister of Hospitals and Medical Care is responsible for the hospital plan. The accounts of the plan are audited annually by the Auditor General.

Medical Care Plan:

The Health Care Insurance Plan is also administered and operated on a non-profit basis. The Minister of Hospitals and Medical Care is responsible for the plan and the accounts are audited annually by the Auditor General.

COMPREHENSIVENESS: (Ref. Section 9)

Hospital and Medical Care Insurance Plans:

Insured hospital services under the Hospitalization Benefits Plan include: accommodation and meals at the standard or public ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations; drugs, biologicals and related preparations when administered in a hospital, except when not considered medically necessary for the treatment of a patient; use of operating room, case room and anaesthetic facilities and necessary equipment and supplies, where available; routine surgical supplies; use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available; services rendered by persons receiving remuneration from a hospital; semi-private or private accommodation when medically necessary; private nursing care when ordered by the attending physician and approved in accordance with hospital by-laws; pacemakers, steel plates, pins, joint prostheses, valve implants and any other goods approved by the Minister; transportation in Alberta, whether by ambulance or other commercial vehicle, to transport a patient between

hospitals; and out-patient goods and services including goods used in a medical procedure but excluding goods provided to a patient for use upon discharge from an approved hospital or facility.

Insured health services under the Medical Plan include: all services provided by physicians that are medically required; and those services provided by a dental surgeon in the field of oral surgery as specified in Regulations.

Uninsured services under the plans include: medical-legal services; advice by telephone; examinations required for use of third parties, except as otherwise directed by the Minister; services that a resident is eligible to receive under a Statute of any other province, any Statute relating to Worker's Compensation or under any Statute of the Parliament of Canada; services not provided by or under the supervision of a medical practitioner; any drugs, biologicals and related preparations which are not considered necessary for the proper treatment of in-patients or out-patients, or have not been proven satisfactory for general use in hospitals; services performed or provided in a facility not approved by the Minister; services in connection with group immunizations against a disease or services in connection with group examinations by a practitioner, except in cases where the Minister has given prior approval; and services provided by a practitioner to his/her own family except where the Minister rules otherwise.

In addition to those medically required health services defined in the Canada Health Act as insured services, the Alberta Health Care Insurance Plan provides benefits in respect of additional services including chiropractic, physiotherapy, optometric and podiatric services.

Extended health care services include: the Alberta Nursing Home Plan which offers assistance to Alberta residents not well enough to be accommodated in private homes or facilities such as senior citizens' lodges, but not ill enough to require care in an active treatment or auxiliary hospital. Nursing home care has recently been upgraded by, for example, increasing the hours of nursing care provided in nursing homes, introducing physiotherapy and occupational therapy services, and upgrading recreational programs.

The extended health benefits and non-group Blue Cross programs provide additional benefits for optical, drugs and dental goods and services to residents aged 65 and older, their dependents and eligible widows and widowers aged 55 to 64 and their dependents, without payment of premiums.

In addition to these extended health care services, the Department of Social Services and Community Health administers the Alberta Aids to Daily Living Program and the Co-ordinated Home Care Program.

UNIVERSALITY: (Ref. Section 10)

Hospital Insurance Plan:

All residents of Alberta are entitled to coverage under the Hospitalization Benefits Plan. A resident is defined as "a person lawfully entitled to be or to remain in Canada, who makes his home and is ordinarily present in Alberta and any other person deemed by the Regulations to be a resident, but does not include a tourist, transient or visitor to Alberta". Every resident of Alberta is required to register him/her self and dependents with the Minister. However, should the Minister discover a resident who is not registered, the Minister may register that resident and dependents. Registration entitles the resident to coverage for insured hospital and health services.

Although Alberta has a premium system, no Alberta resident is denied coverage due to an inability to pay premiums. Eligibility for benefits is not linked to premium coverage. The Alberta Health Care Insurance Plan operates a premium subsidy and premium waiver program for residents with financial hardships and provides premium-free coverage for seniors, widows and widowers aged 55 to 64, and to recipients of social allowance programs.

Any resident of Alberta registered under the Health Insurance Premiums Act is eligible to receive insured hospital services.

Medical Care Plan:

The same rules apply under the Medical Care Plan as is the case under the Hospital Insurance Plan.

PORTABILITY: (Ref. Section 11)

Hospital Insurance Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

The minimum residency period for coverage under the Alberta Hospitalization Benefits Plan does not exceed three months.

First day coverage is provided for landed immigrants, returning Canadians and people released in Alberta from the R.C.M.P., the armed forces and from federal penitentiaries.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

Payment for insured hospital services provided to eligible Albertans elsewhere in Canada is at the rate that is approved by the hospital insurance plan of the province or territory in which the goods or services are provided, unless the Minister has entered into an agreement with the government of a province or territory to apportion the costs between them in a different manner.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

Hospitals are paid for goods and services to in and out-patients, at the lesser of (a) the rates prescribed by the Minister from time to time, and (b) the rates charged by the hospital or facility for the goods and services. In prescribing the rates, the Minister may take into account the size, standards of service and type of hospital and any other relevant factors.

Alberta provides an emergency financial assistance program, applicable when services are not available in Alberta and when the resident is referred by an Alberta physician or when a resident, while temporarily absent from Alberta, requires the services because of an emergency which would not reasonably have been foreseen or guarded against. The program applies only if the excess cost places an undue financial burden on the resident.

At the end of the reporting period, Alberta was in the process of making changes to their legislation with regard to payment arrangements for out-of-Canada services.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

A resident leaving Alberta for the purpose of establishing permanent residence in another province of Canada is entitled to continue coverage for the period beginning the day he/she ceases to be a resident of Alberta and ending on the last day of the second month following the month of arrival in the new province, unless the period is extended by the Minister in special circumstances.

A resident establishing permanent residence outside Canada is entitled to continued coverage under the plan, if the Minister is notified, for the period beginning the day he/she ceases to be a resident of Alberta and ending one, two, or three months, as prescribed by the Minister, from the date of leaving Alberta, unless the period is extended by the Minister due to special circumstances.

A resident establishing permanent residence outside Canada is not entitled to continue coverage until all arrears of premiums have been paid as well as premiums applicable for the period of continuing coverage.

Medical Care Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

The same rules apply under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Plan.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

Alberta uses the standard out-of-province claim form approved by the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services. The form provides a mechanism for physicians, and where applicable for dentists, to accept as full payment compensation at a rate paid by the patient's home province. In situations where the common claim form is not submitted, Alberta will reimburse the provider or patient at the Alberta rate or the amount billed, whichever is less.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

The plan pays for physician services, and where applicable for dentists, up to a maximum of the Alberta Schedule

of Medical Benefits. The emergency financial assistance program, described under the Hospital Insurance Plan, also applies under the Medical Care Plan.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

The same rules apply under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

ACCESSIBILITY: (Ref. Section 12)

Hospital Insurance Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

To ensure reasonable access to hospital services, Alberta in 1984-85 has approximately 126 acute care hospitals and 41 auxiliary hospitals operating throughout the province. These hospitals have a capacity of 12,881 acute care beds and 4,155 auxiliary beds. The total number of acute care and auxiliary beds (17,056) provide a ratio of 7.3 beds per 1,000 population. An admission charge of $10.00 applies in general hospitals and a $10.00 per diem charge ($8.00 prior to September 1, 1985) in auxiliary hospitals after 120 days. The latter charge is compatible with the exclusions provided for under Subsection 19(2) of the Canada Health Act.

Payment to Hospitals - 12(1)(d)

Hospitals are reimbursed through global budgets. Hospitals requesting additional funding must submit a proposal to the Department of Hospitals and Medical Care, detailing the amount required and the reasons for the additional funding. The Department reviews each proposal on a line-by-line basis.

In 1984-85, total payments to hospitals in the province amounted to $1.403 billion. Payments to hospitals outside the province were $18.1 million during the year.

Medical Care Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

Residents have access to health care facilities throughout the province. Health care professionals are highly educated and standards are rigorously maintained.

To ensure reasonable access to physician services, a physician incentive program is in place to encourage physicians to locate in underserviced areas.

The number of medical practitioners practising in Alberta increased by 5.3% between March 1983 and March 1984, from 3,071 to 3,233. The total number of medical services increased by 6.3% from 21,043,099 in 1983 to 22,360,803 in 1984.

System of Payment - 12(1)(b)

Physicians are paid on a fee-for-service basis. Medical practitioners may bill the plan, the patient or both for insured services. With the prior agreement of the patient, physicians may bill above the plan benefit, but they must report such amounts to the provincial plan.

In 1984-85, total payments to physicians and dentists in Alberta amounted to $506.7 million. Payments for medical services outside of Alberta totalled $7.7 million.

Reasonable Compensation - 12(1)(c)

Historically, discussions have been held between representatives of government and professional associations concerning benefit schedule rates. In 1984 and 1985, the government elected to determine unilaterally the amounts by which benefit schedules would be adjusted. After a consideration of a number of relevant factors, no increases were granted.

BRITISH COLUMBIA

PUBLIC ADMINISTRATION: (Ref. Section 8)

Hospital Insurance Plan:

Hospital services are administered and operated on a non-profit basis by the Hospital Programs Division of the Ministry of Health. The division is responsible to the provincial Government for the administration and operation of the plan. The division is subject to audit of their accounts and financial transactions by the Auditor General of British Columbia.

Medical Care Plan:

The Medical Services Plan of British Columbia is administered and operated on a non-profit basis by the Medical Services Commission, a public authority designated by Statute. The Commission is responsible to the Provincial Government for the administration and operation of the plan. The Medical Services Commission is subject to audit of its accounts and financial transactions by the Auditor General of British Columbia.

COMPREHENSIVENESS: (Ref. Section 9)

Hospital Insurance Plan:

The following insured services are provided by hospitals: accommodation and meals at the standard or public ward level; necessary nursing services; laboratory and radiological procedures and necessary interpretations, together with such other diagnostic procedures as are approved by the Minister; drugs, biologicals, and related preparations, when administered in a general hospital specified in the Hospital Insurance Act; use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; other services, approved by the Minister, which are rendered by persons who receive remuneration from the hospital; use of radiotherapy or physiotherapy facilities, where available.

Take home drugs are not insured, except those provided under the provincial Pharmacare Program. With respect to plastic surgery for cosmetic reasons, hospital costs will be covered if the operation is required to be performed in a hospital, but the charges of the medical practitioner are not insured.

Medical Care Plan:

The Medical Services Plan provides for all medically required services of medical practitioners and specified dental surgery when necessarily performed in hospital by a dental surgeon. The broad category of services covered are: consultations; complete examinations; home visits; major and minor surgery; obstetric services; surgical assistance; anaesthesia; diagnostic/therapeutic procedures; special and miscellaneous services; other office procedures; and other hospital procedures performed by a physician or dentist.

The following services are available in British Columbia through a medical practitioner but are not insured: provision of non-implanted prostheses; orthotic devices; proprietary or patent medicines; any third party request for medical examination or certificate; oral surgery rendered in a dentist's office and acupuncture.

Supplementary Benefits:

Although neither financially supported under the federal-provincial fiscal arrangements nor subject to the criteria of the Canada Health Act, the British Columbia Medical Services Plan provides coverage for services rendered by chiropractors, optometrists, physiotherapists, massage practitioners, podiatrists and naturopathic physicians.

Other Health Care Services:

In addition to the hospital insurance program and the Medical Services Plan, the province directly or indirectly provides a wide variety of health services and programs including (but not exclusively): adult day care, home care nursing, homemaker services, community physiotherapy, personal and intermediate care facilities, group homes for the handicapped, assessment and treatment centres, alcohol and drug programs, mental health services, a wide variety of public health and health promotion

programs, speech and hearing services and Pharmacare. Many of these programs are provided without federal support.

UNIVERSALITY: (Ref. Section 10)

Hospital Insurance Plan:

100% of qualified residents are entitled to hospital insurance coverage. Any person who is a "resident" of British Columbia and is not a tourist, transient or visitor, is entitled to such coverage commencing upon completion of a waiting period ending at midnight on the last day of the second month following the month in which the individual became a resident. There are no premiums for hospital services, but there is a daily in-patient user charge currently of $8.50 and a $10.00 out-patient charge. The charge for a day surgery visit is $8.00, and the per diem charge for extended hospital care is $14.00 per day. Coverage for hospital services is available on uniform terms and conditions, with the exception of reimbursement for user charges being available for low-income persons.

Medical Care Plan:

As is the case for the Hospital Insurance Plan, 100% of qualified residents are entitled to coverage under the Medical Services Plan. The definition of resident matches that under the Hospital Plan.

Enrolment in the Medical Services Plan is not mandatory; however, payment of premiums is ordinarily a requirement for coverage. Persons with low income may be eligible for either a 50% or a 90% reduction in the premiums assessed. As well, retroactive coverage for up to several months may be possible for persons previously enrolled in the plan but who have allowed their premiums to lapse, if the required premium payments are made.

Coverage for medical services is also available on uniform terms and conditions, however, premium subsidies are available for persons of low income.

PORTABILITY: (Ref. Section 11)

Hospital Insurance Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

The minimum residency requirement for hospital insurance coverage does not exceed three months.

Individuals who leave the province temporarily on an extended vacation or for temporary employment are covered for up to 12 months. Persons attending school outside of Canada or working for organizations such as CUSO or CIDA are entitled to coverage for up to five years and up to two years respectively while away from the province. Continuous coverage will be maintained, unless the individual does not return prior to the expiration of coverage, in which case he/she must wait the required three months.

Individuals who maintain a second residence outside the province must reside in British Columbia for at least six months each year in order to maintain coverage.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

Hospital charges are paid at the rate actually charged by the hospital. A special arrangement has been made with the province of Alberta for the collection of any user charges that would have been imposed in British Columbia. Alberta is thus reimbursed at their rates, less the amount of any user charge.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

Emergency hospital care is reimbursed to the individual at the cost actually incurred, up to a limit of $75.00 per day.

In cases of non-emergency where treatment is available within the province, authorization in writing must be obtained in advance from the Hospital Program Division, to ensure coverage. Hospital services will be paid at the average rate for British Columbia hospitals.

Authorization obtained for treatment not available in British Columbia will be paid at the usual and customary rate that is charged at the place for such treatment.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

Persons moving permanently to another part of Canada are covered for up to three months. Persons moving permanently to another country are entitled to coverage to the end of the second month following the month of departure.

Medical Care Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

In general, the same situation applies under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan. However, inmates in federal penitentiaries are not covered under the Medical Services Plan, as they fall under the jurisdiction of the federal government. The plan does provide "first-day coverage" to these individuals upon their release, that is, the requirement for any waiting period is waived. Members of the RCMP and armed forces are also entitled to first day coverage if they are discharged in British Columbia, but must wait the prescribed period, if discharged elsewhere.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

Payment for medical services is made at the rate billed or at the rate provided for in the British Columbia fee schedule, whichever is less.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

Emergency medical care is paid for in accordance with the schedule of services provided in the province.

Authorization in writing must be obtained in advance from the Medical Services Commission for non-emergency treatment available within the province, to ensure coverage. Medical services will be paid in accordance with the British Columbia fee schedule.

Pre-authorized treatment not available in the province is paid at the usual and customary rate charged at the place of treatment.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

The same rules apply under the Medical Services Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

ACCESSIBILITY: (Ref. Section 12)

Hospital Insurance Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

British Columbia declares that there is reasonable access to hospital services. A daily user charge is imposed by hospitals, but this is paid by the Ministry of Human Resources for persons with low income. In no case is treatment ever withheld because of failure to pay a hospital user charge. Patients are not required to make payment on their own behalf and then seek reimbursement from the hospital.

Payment to Hospitals - 12(1)(d)

Regular bi-weekly payments to hospitals are made by the Ministry of Health, based on annual operating grants determined by the Ministry. Adjustments are then made quarterly during the fiscal year.

The 1984-85 cost of hospital programs (includes program management, operating contributions to hospitals, hospital construction and renovation and hospital equipment) was estimated at $1,385,311,822.

Medical Care Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

The provincial government states that there is reasonable access to medical services.

System of Payment - 12(1)(b)

Payment for medical services delivered in the province is made through the Medical Services Commission to individual physicians in the province, based on invoices that have been submitted. The patient is not normally involved in the payment system.

Reasonable Compensation - 12(1)(c)

Compensation for medical practitioners is based on a fee schedule established by the Medical Services Commission following discussions with the British Columbia

Medical Association. Dentists and other health care practitioners offering insured services have their own individual fee schedules established by the Commission.

The Medical Services Commission paid out $812,931,834 in benefits for medical care for the year ended March 31, 1985.

NORTHWEST TERRITORIES

PUBLIC ADMINISTRATION: (Ref. Section 8)

Hospital Insurance Plan:

The Hospital Insurance Program is administered by a board appointed by the Government of the Northwest Territories. The board is a non-profit organization whose secretariat staff are members of the Department of Health. The Auditor General of Canada is charged with the responsibility for auditing the accounts of the Government of the Northwest Territories. As well, each hospital is required to submit annual statements which have been audited by a public accounting firm. The Internal Audit Bureau of the Government of the Northwest Territories is also required by the Territorial Hospital Insurance Services Act to perform an examination of the operations of each hospital.

Medical Care Plan:

The Medical Care Program is administered entirely by the Territories' Department of Health. The Auditor General of Canada is charged with the responsibility for auditing the accounts of the Government of the Northwest Territories.

COMPREHENSIVENESS: (Ref. Section 9)

Hospital Insurance Plan:

In-patient and out-patient services provided by an approved program in approved hospitals are insured services.

Services that are considered by a province or the health community at large to be experimental are not insured. As well, services for cosmetic surgery are non-insured.

Under the Hospital Insurance Plan, coverage is provided for Chronic and Extended Care. A co-insurance payment is charged where practical for those able to afford it.

Medical Care Plan:

The Medical Care Program insures all medically necessary procedures provided by medical practitioners. Dental services are limited to oral surgery required as a result of injury or disease of the jaw.

The Government of the N.W.T., out of the Consolidated Revenue Fund, funds additional supplementary programs. They are a Pharmacare program, an Extended Medical Benefits program, a Homecare program and a Medical Travel Subsidy program.

UNIVERSALITY: (Ref. Section 10)

Hospital Insurance Plan:

The Territorial Plan entitles 100% of the residents of the Northwest Territories to be registered. Residency requirements are in accord with the inter-provincial agreement on Eligibility and Portability. There are no special provisions outside of this agreement.

Medical Care Plan:

The same situation applies under the Medical Care Program as is the case for the Hospital Insurance Program.

PORTABILITY: (Ref. Section 11)

Hospital Insurance Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

The minimum residency period does not exceed three months, though the plan reserves the right to determine whether an individual has indeed taken up residence or is itinerant.

First day coverage is provided to landed immigrants, inmates released from federal penitentiaries and individuals discharged from the armed forces or the RCMP.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

One hundred per cent of hospital care is covered at the per diem rate assessed by the host province. Patients are not required to receive prior approval nor are they billed directly.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

Non-referred residents must present the original receipt in order to be reimbursed up to the equivalent of that paid for services in the Northwest Territories. If the services are not available in the N.W.T., an appropriate location in Canada is used to establish cost.

Referred patients, where physicians and the government agree that the appropriate service is not available in Canada, receive full coverage of all appropriate hospital bills at the amount charged by the host institution.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

Residents who move permanently to another part of Canada are provided coverage for three months as per the Eligibility and Portability Agreement.

Medical Care Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

The same rules apply under the Medical Care Program as is the case for the Hospital Insurance Program.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

Residents receive full coverage without requiring prior approval, however, benefits permitted are those determined and approved by the Northwest Territories. The rate paid is that of the host province. Payments are made directly to the physician or patients are reimbursed if required.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

The same situation applies under the Medical Care Program as is the case for the Hospital Insurance Program.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

The same rules apply under the Medical Care Program as is the case for the Hospital Insurance Program.

ACCESSIBILITY: (Ref. Section 12)

Hospital Insurance Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

All residents of the Northwest Territories have free access to all facilities operated by the Government of the Northwest Territories.

Payment to Hospitals - 12(1)(d)

The Government of the Northwest Territories' hospitals are paid on a budget review basis. Hospital care outside the Northwest Territories is paid through inter-provincial reciprocal billing agreements. Expenditures for insured hospital services amounted to $34.8 million in 1984-85.

Medical Care Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)
All residents of the Northwest Territories have free access to all facilities operated by the government.

System of Payment - 12(1)(b)

Physicians can be employed on salary by the government or one of the hospitals, or in private practice on a fee-for-service basis. Payments for insured medical services amounted to $8.5 million in 1984-85.

Reasonable Compensation - 12(1)(c)

During the 1984-85 fiscal year, the Government of the Northwest Territories and the Northwest Territories Medical Association, negotiated an agreement, subsequently signed into law, as a regulation of the Medical Care Act. This regulation covered the period July 1, 1984 to June 30, 1985, and permitted a 5% increase.

YUKON TERRITORY

PUBLIC ADMINISTRATION: (Ref. Section 8)

Hospital Insurance Plan:

The Yukon Hospital Insurance Services Plan is administered by employees appointed pursuant to the Public Service Act. The plan is non-profit and is subject to audit by the Office of the Internal Auditor and the Auditor General's office.

Medical Care Plan:

The Yukon Health Care Insurance Plan is also administered by employees appointed pursuant to the Public Service Act. The plan is non-profit and is subject to audit by the same office as the Hospital Plan.

COMPREHENSIVENESS: (Ref. Section 9)

Hospital Insurance Plan:

All Level III, IV and V in-patient days of care provided by active treatment centres are fully insured. Preferred accommodation is also insured if medically indicated. Out-patient visits to approved active treatment centres, where the purpose of the visit cannot be accomplished outside of a hospital context, are fully insured at prevailing approved rates.

Exclusions include: non-resident hospital stays (e.g. medical boarding, Level I or II care provided in a hospital); drugs and biologicals required post-discharge; preferred accommodation surcharges when not medically indicated; special services at the patient's request (television charges, private nursing when not medically ordered, etc.).

Medical Care Plan:

Medically necessary services provided by medical practitioners are fully insured if provided in Canada. Dental services are limited to those dental-surgical procedures

scheduled in the Regulations, requiring the unique capabilities of a hospital for their performance, e.g. surgical removal of erupted, unerupted or impacted teeth, root resection, etc.

Exclusions include: services rendered for third parties; cosmetic services unless specifically approved by the plan's Medical Advisor; reversal of sterilization procedures; and services provided under other territorial or federal Acts.

In addition to the insured benefits under the plan, Yukon covers supplementary benefits under the Health Benefit Programs, including: Pharmacare; Extended Health Benefits for Seniors; Cancer Benefits; and a Chronic Disease Program. Total expenditures for the Health Benefits Programs were $1,093,755 for fiscal year 1984-85.

UNIVERSALITY: (Ref. Section 10)

Hospital Insurance Plan:

All Yukon residents are entitled to full coverage under the plan. Services which are medically required are provided on uniform terms and conditions to all bona fide residents of Yukon. "Resident" is defined using the wording of the Canada Health Act. Eligibility is not linked by Statute nor Regulation to registration.

The Yukon Health Care Insurance Plan Act does require registration of self and dependents upon establishing residency.

Medical Care Plan:

The same rules apply under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan. Premium payment is fully separated administratively from both eligibility and registration.

PORTABILITY: (Ref. Section 11)

Hospital Insurance Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

All terms and conditions of the Agreement on Eligibility and Portability are fully complied with. Definitions

have been rendered consistent in regulations, policies and procedures. Coverage is effective within three months of arrival in the territory.

First day coverage is provided for returning nationals, landed immigrants, persons discharged from the armed forces, RCMP and federal penitentiaries, and ministerial permit holders. Extended coverage is available in certain circumstances, upon application. Normally such extensions are limited to 12 months.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

In-patient services are paid at the standard ward per diem rate set by the relevant authority. Out-patient services are paid at the same rate as in the Territory.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

Hospital services are paid at the rate charged or the prevailing Yukon rate whichever is the lesser. No conditions are imposed regardless of whether care is urgent or elective.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

Coverage upon permanent departure is normally three months. This may be extended for periods of up to 12 months if the individual is not directly relocating to another province.

Medical Care Plan:

Minimum Residency - 11(1)(a)

The same rules apply under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

Payment Arrangements In-Canada - 11(1)(b)(i)

Insured services are paid up to the Yukon rate.

Payment Arrangements Out-of-Canada - 11(1)(b)(ii)

The same situation applies under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

Permanent Moves Out-of-Province - 11(1)(c)

The same rules apply under the Medical Care Plan as is the case for the Hospital Insurance Plan.

ACCESSIBILITY: (Ref. Section 12)

Hospital Insurance Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

There are no user fees or co-insurance charges under the Hospital Plan. Hospital beds are readily available. No waiting lists for admission exist. Yukon operates with hospital bed over-capacity, particularly in outlying areas where district hospitals may have occupancies as low as 20%.

Access to specialists and tertiary hospital care is insured through a publicly funded visiting medical specialist program and universal, first-dollar indemnity travel plan for medical treatment.

Payment to Hospitals - 12(1)(d)

Approved Yukon hospitals operate on a budget review basis. Hospitals submit a budget annually to the Yukon Hospital Insurance Services Plan, for review. Monthly advances are made to the hospitals from the in-patient budget. Out-patient accounts have been paid on an as billed basis; however, this is currently being reviewed and quarterly advances for both in-patient and out-patient services are expected in the future.

Payments to Yukon hospitals totalled $9,074,823 in 1984-85. Total payments to outside hospitals equalled $2,202,879 during the same period. For in-patient services there were 3,481 separations (discharges and transfers of adults, children and newborns) and 16,367 days of care in-territory. Out-of-territory there were 743 separations and 6,430 days of care. 21,200 insured out-patient services were performed in-territory and 2,512 out-of-territory.

Medical Care Plan:

Reasonable Access - 12(1)(a)

There is no extra-billing in Yukon for any services provided under the Health Care Insurance Plan.

Yukon states that it has an over-supply of physicians, dentists and dental-surgeons. The physician-to-population ratio is nearing 1:500.

System of Payment - 12(1)(b)

All Yukon physicians bill the Health Care Plan directly.

Reasonable Compensation - 12(1)(c)

Fees are negotiated with fee-for-service practitioners on an annual or bi-annual basis (depending on the duration of the agreement in force) with standing committees representing the health plan and the profession. These committees meet regularly (monthly to quarterly) to make redistributions, clarify practices, resolve problems and adjudicate disputed billing practices.

During 1984-85, payments to physicians totalled $4,817,333. Payments to dentists equalled $55,165. Reimbursements were made to residents in the amount of $30,116. There were 106,560 claims paid to in-territory doctors, 8,569 to out-of-territory doctors, and reimbursement was made directly to residents for 1,489 services.

1984-85
Loi canadienne sur la santé
Rapport annuel

Canada

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1986

Nº de cat. H 1-4/1985

ISBN 0-662-54271-1

Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

1984-85
Loi canadienne sur la santé
Rapport annuel

Son Excellence la très honorable Jeanne Sauvé,
Gouverneur général et Commandant en chef du Canada.

Qu'il plaise à Votre Excellence,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé pour l'année financière terminée le 31 mars 1985.

Je vous prie d'agréer, Madame le Gouverneur général, l'assurance de mon profond respect.

Jake Epp
Ministre

À l'honorable Jake Epp, C.P., député,
Ministre,
Ottawa.

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé pour l'année financière terminée le 31 mars 1985.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de mon entier dévouement.

David Kirkwood

David Kirkwood
Sous-ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Introduction

La Loi canadienne sur la santé a obtenu la sanction royale le 17 avril 1984, avec l'accord unanime de la Chambre des communes et du Sénat. La Loi, qui est entrée en vigueur le 1er avril 1984, abolissait la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux. Des changements corrélatifs ont également été apportés à la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement post-secondaire et de santé, ainsi qu'à d'autres lois (c'est-à-dire le Régime d'assistance publique du Canada, la Loi de l'impôt sur le revenu). Avant l'adoption de la Loi canadienne sur la santé, le Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales et le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie ont tenu des audiences publiques. Les ministres provinciaux de la Santé, des associations professionnelles, des universitaires, des groupements de consommateurs et d'autres organismes intéressés se sont présentés devant ces comités pour donner leur opinion sur la Loi. Plusieurs amendements ont résulté de ces audiences.

Le présent rapport doit servir à remplir les conditions mentionnées à l'article 23 de la Loi canadienne sur la santé, à savoir:

> "Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le Ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente Loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente Loi; le Ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement."

Le présent rapport porte sur l'application de la Loi canadienne sur la santé au cours de l'année financière 1984-1985. Avec la collaboration des provinces et des territoires, il a également été possible de rédiger un premier rapport complet et détaillé sur la mise en application des régimes provinciaux* d'assurance-santé en vertu de la Loi canadienne sur la santé,

* Toute référence aux provinces comprend les territoires.

rapport auquel on pourra comparer les comptes rendus annuels subséquents. Le rapport est descriptif dans une large mesure. L'information quantitative sur l'application de la Loi suivra.

La première partie du présent rapport fait ressortir les stipulations clés de la Loi canadienne sur la santé. Elle contient une explication des conditions d'octroi et de versement de la Loi, ainsi qu'une description des règlements prescrits par la Loi. Elle souligne également les échanges considérables qui ont eu lieu entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux concernant l'interprétation et l'application de la Loi. On y décrit également les modalités d'application de la Loi par le gouvernement fédéral.

La deuxième partie porte sur les accords de financement des services de santé entre le gouvernement fédéral et les provinces, en particulier sur les contributions et versements reçus par les provinces, durant l'année financière 1984-1985, pour les services de santé assurés et complémentaires. En outre, les déductions faites par le gouvernement fédéral pour la surfacturation et les frais modérateurs (pour l'année financière 1984-1985) y sont présentées.

La troisième partie traite des changements apportés aux régimes provinciaux d'assurance-santé au cours de l'année financière et décrit la mise en application de ces régimes par rapport aux conditions d'octroi et de versement exposées dans la Loi canadienne sur la santé.

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE I - CONDITIONS D'OCTROI ET DE VERSEMENT

I.1 Survol de la Loi canadienne sur la santé

I.2 Règlements

I.3 Consultation des provinces

I.4 Loi canadienne sur la santé - Application

PARTIE II - CONTRIBUTIONS ET VERSEMENTS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL EN 1984-1985

II.1 Accords fédéraux-provinciaux de financement dans le domaine de la santé

II.2 Contributions, déductions et paiements

II.3 Déductions pour surfacturation et imposition de frais modérateurs

PARTIE III - MISE EN APPLICATION DES RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-SANTÉ

III.1 Traits marquants

III.2 Résumé de l'opération des régimes provinciaux d'assurance-santé en 1984-1985

PARTIE - I

CONDITIONS D'OCTROI ET DE VERSEMENT

I.1 - Survol de la Loi canadienne sur la santé

La Loi canadienne sur la santé a pour raison d'être:

> "d'établir des conditions d'octroi et de versement du plein montant prévu à la Loi de 1977 à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province."

Ces conditions d'octroi et de versement sont exposées aux articles 7 à 12 ainsi qu'à l'article 13 de la Loi. Les conditions d'octroi ne s'appliquent qu'aux services de santé assurés. Quant aux conditions de versement, elles s'appliquent aux services de santé assurés comme aux services complémentaires de santé.

Les services de santé assurés tels que définis par la Loi canadienne sur la santé comprennent tous les services hospitaliers nécessaires et tous les services médicalement nécessaires fournis par un médecin, ainsi que les services de chirurgie dentaire qui ne peuvent être accomplis convenablement que dans un hôpital. Quant aux services complémentaires de santé, ils comprennent les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires.

Il y a cinq conditions d'octroi que chaque régime provincial d'assurance-santé doit remplir en vue de recevoir, pour chaque exercice, le plein montant que le gouvernement fédéral verse en vertu de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement post-secondaire et de santé. Ces conditions d'octroi, qui ont trait aux services de santé assurés fournis en vertu du régime d'assurance-santé d'une province, sont les suivantes:

(a) Gestion publique

Aux termes de l'article 8, le régime provincial d'assurance-santé doit être géré sans but lucratif par une autorité publique, responsable devant le gouvernement provincial et assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières.

(b) Intégralité

Aux termes de l'article 9, au titre du régime provincial d'assurance-santé tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes (lorsque les services ne peuvent être fournis convenablement que dans un hôpital) doivent être assurés.

(c) Universalité

Conformément à l'article 10, 100% des assurés de la province doivent avoir droit aux services de santé assurés mentionnés en (b) et prévus par le régime provincial d'assurance-santé selon des modalités uniformes. La période de résidence minimale pour que des résidents soient admissibles aux services de santé assurés, ne doit pas dépasser trois mois.

(d) Transférabilité

Conformément aux dispositions de l'article 11, lorsque des personnes s'établissent dans une autre province, leur province d'origine doit assurer le coût des services de santé assurés pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par la nouvelle province de résidence.

Les services de santé assurés doivent être fournis aux assurés temporairement absents de leur province et les coûts doivent en être assumés de la façon suivante:

- le paiement des services assurés reçus à l'extérieur de la province de résidence, mais au Canada, doit être selon le taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province d'accueil, sauf s'il existe un accord de répartition du coût entre les provinces;

- le montant versé pour des services fournis à l'étranger sera au moins équivalent au montant que la province de résidence aurait versé pour des services semblables fournis dans la province.

(e) Accessibilité

En vertu de l'article 12, le régime provincial d'assurance-santé:

- ne doit pas faire obstacle, directement ou indirectement, par facturation ou autrement, à l'accès satisfaisant des assurés aux services de santé;

- prévoit une rémunération raisonnable des médecins et dentistes pour les services de santé assurés;

- prévoit le versement de montants adéquats aux hôpitaux à l'égard du coût des services de santé assurés.

En plus des conditions d'octroi susmentionnées, les gouvernements provinciaux doivent remplir les conditions de versement suivantes pour être admissibles à la pleine contribution pécuniaire du gouvernement fédéral et au plein montant qu'il verse à l'égard du coût des services de santé assurés et du programme de services complémentaires de santé: (1) ils doivent communiquer au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social les renseignements dont il peut avoir besoin pour l'application de la présente Loi; et (2) faire état des contributions versées par le gouvernement fédéral pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé, de la façon qui peut être prévue par les règlements.

La Loi canadienne sur la santé prévoit également un mécanisme pour régler les problèmes en cas de désaccord. Dans le cas où le ministre fédéral estime qu'un régime provincial ne remplit pas les conditions d'octroi ou de versement décrites plus haut, les contributions du gouvernement fédéral peuvent être réduites. Avant d'avoir recours au gouverneur en conseil, le Ministre doit informer la province du problème, obtenir des éclaircissements de cette dernière, rédiger un rapport sur les conclusions tirées et, si le ministre provincial de la Santé le lui demande, tenir une réunion pour discuter de la question.

Ce n'est que si le gouverneur en conseil est convaincu que la province a cessé de remplir l'une des conditions d'octroi ou de versement, qu'il peut, par décret, ordonner que les contributions soient réduites ou retenues.

I.2 - Règlements

Le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre toute mesure d'application de la présente Loi, notamment concernant:

(a) Les services complémentaires de santé

Les règlements portant sur les services complémentaires de santé définissent de façon plus détaillée les services considérés par la Loi comme des "services complémentaires de santé". La Loi stipule qu'il ne peut être pris de règlements qu'avec l'accord de chaque province, à moins qu'ils ne soient sensiblement comparables aux règlements pris en vertu de la Loi de 1977.

(b) Les services exclus des services hospitaliers

Les services hospitaliers tels que définis dans la Loi (article 2) sont tous des services nécessaires fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, sauf les services exclus par règlement.

En vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, des accords conclus entre le Canada et les provinces prévoyaient l'exclusion de certains services. Les règlements de la Loi canadienne sur la santé concernant les services exclus des services hospitaliers ont pour objet de maintenir les précédents établis.

Les règlements énumèrent les services qui peuvent être fournis en milieu hospitalier, mais qui ne sont pas considérés comme des services hospitaliers assurés. Par exemple, les services hospitaliers liés à des actes chirurgicaux accomplis à des fins purement cosmétiques ou des chambres semi-privées ou privées choisies par les patients sont exclus.

En vertu de la Loi canadienne sur la santé, il ne peut être pris de règlements concernant l'exclusion de services qu'avec l'accord de chaque province.

(c) L'information

Le genre de renseignements dont le Ministre peut avoir besoin aux fins de la présente Loi et les modalités de leur communication peuvent être fixés par règlement.

Avant qu'un règlement ne puisse être adopté, le Ministre doit consulter ses homologues responsables de la santé dans les provinces.

(d) La façon de faire état des contributions et montants versés par le Canada

Les modalités selon lesquelles les provinces doivent faire état des contributions et montants versés en vertu de la Loi peuvent faire l'objet de règlements. Avant qu'un règlement ne puisse être adopté, le Ministre doit consulter ses homologues responsables de la santé dans les provinces.

I.3 - Consultation des provinces

Durant les mois de mai et juin 1984, des négociations ont eu lieu entre les représentants des provinces et du gouvernement fédéral au sujet de questions d'ordre administratif découlant de certaines dispositions de la Loi canadienne sur la santé. Des projets de règlements concernant la communication de renseignements (en particulier sur la surfacturation et les frais modérateurs), les services exclus des services hospitaliers et les services complémentaires de santé ont été communiqués aux provinces pour qu'elles les étudient et fassent des observations. Étant donné les exigences de la Loi, à l'effet que les déductions débutent le 1er juillet 1984, les règlements provisoires concernant l'estimation et la détermination définitive des montants liés à la surfacturation et aux frais modérateurs ont été mis en place en priorité. L'élaboration des autres règlements a suivi la série de séances de consultations et de négociations commencée en octobre 1984.

Des mesures ont été prises pour déterminer et aborder les questions en suspens et les problèmes qui préoccupaient les provinces. À l'automne 1984, une importante série de séances de consultations bilatérales et multilatérales a été entreprise:

- Le 26 octobre 1984, les ministres fédéral et provinciaux de la Santé ont discuté de problèmes importants et mis au point des mécanismes pour le déroulement des négociations.

- Durant les mois de novembre et décembre, lors de réunions bilatérales entre les représentants, ceux-ci ont déterminé toute une gamme de questions en suspens et identifié les problèmes particuliers de chaque province.

- Lors d'une seconde série de séances de consultations, les représentants des gouvernements fédéral et provinciaux se sont attaqués à diverses questions d'ordre technique liées aux règlements et aux modalités administratives.

- Les rencontres bilatérales entre les ministres fédéral et provinciaux ont été couronnées par la Conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé au printemps 1985. Il en a résulté un esprit de collaboration et une compréhension générale des modalités d'application et du fonctionnement de la Loi.

Plusieurs questions importantes liées à l'application de la Loi ont été abordées au cours de ces séances de consultations avec les provinces. Au sujet des conditions d'universalité et de transférabilité, les problèmes concernaient l'interprétation des termes "résidents" et "assurés". On s'est également penché sur les accords de paiement pour les services fournis par les hôpitaux et les médecins et sur d'autres problèmes associés à la prestation des services aux résidents du Canada en voyage, qui s'établissent dans une autre province, ou qui vont habiter à l'étranger. Au sujet des conditions d'intégralité et d'accessibilité satisfaisante, les discussions ont porté sur la définition des services médicaux nécessaires. On a également insisté sur le fait que les provinces sont chargées de déterminer la disponibilité et la répartition des services. Toutes les parties ont étudié les propositions liées aux services complémentaires de santé, aux services exclus des services hospitaliers et aux règlements portant sur l'information. Des problèmes techniques liés aux projets de règlements sur les services complémentaires de santé et des services exclus des services hospitaliers ont été abordés.

Les projets de règlements sur les services complémentaires de santé ne changent pas substantiellement les règlements en vigueur depuis huit ans en vertu de la Partie VI de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement post-secondaire et de santé. Essentiellement, ces règlements, légèrement modifiés pour qu'ils soient plus clairs et facilitent l'interprétation et l'application des régimes provinciaux, doivent être intégrés à la Loi canadienne sur la santé. Les règlements sur les services complémentaires de santé et sur les services exclus des services hospitaliers faisaient encore l'objet de négociations entre les ministres à la fin de la période visée par le présent rapport.

Au chapitre de l'information tous les ministres sont d'accord qu'il est plus efficace d'utiliser les moyens existants et en certaines circonstances de modifier des systèmes d'échange mutuels. Les exigences principales d'accroissement requièrent des estimations et des déclarations au sujet de la surfacturation et des frais modérateurs. Ceux-ci sont fournis dans le cadre des règlements qui ont été approuvés par les ministres provinciaux et qui par la suite ont été promulgués par le gouverneur en conseil. De plus, à la demande du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, les déclarations annuelles sont fournies par les ministres provinciaux de la

Santé. Ces déclarations décrivent les opérations des régimes provinciaux en relation avec les conditions de la Loi canadienne sur la santé. En ce qui a trait à la reconnaissance des contributions du gouvernement fédéral, les ministres provinciaux ont entrepris d'en examiner la forme et la méthode.

I.4 - Loi canadienne sur la santé - Application

La Loi canadienne sur la santé tente de garantir à tous les résidents du Canada l'accès aux soins de santé dont ils ont besoin et qui sont payés d'avance, en établissant les conditions afin que le gouvernement fédérale apporte une aide financière aux provinces.

Le ministre des Finances détermine le montant des transferts fédéraux qui sera versé aux provinces au chapitre des programmes de soins et auquel elles ont droit. Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social est chargé, dans le cadre de ses responsabilités liées à l'application de la Loi canadienne sur la santé, de déterminer le montant de toute déduction ou retenue aux termes de la Loi canadienne sur la santé, y compris les déductions et retenues faites pour surfacturation et imposition de frais modérateurs.

Au nom du Ministre, la Direction générale des services et de la promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada effectue les versements et s'assure de façon systématique que les conditions d'octroi et de versement énoncées dans la Loi canadienne sur la santé sont remplies. Au cours de la première année d'existence de la nouvelle Loi, le mandat de la Direction générale concernant les programmes et les responsabilités ont été définis et des ressources ont été affectées en conséquence. La Direction générale s'occupe de consultation, de communication, d'analyse et d'administration et a mis au point des procédés et des méthodes liés à la certification mensuelle de la conformité et des paiements.

En de rares circonstances, il arrive que des résidents du Canada ne puissent, bien malgré eux, être assurés. La Caisse supplémentaire d'assurance-santé qui est, elle aussi, gérée par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, sert à verser les montants réclamés dans de tels cas. Durant l'année 1984-1985, une demande de ce type a été acquittée. La plupart des cas ont été réglés par les provinces impliquées ou en collaboration avec les provinces concernées. Après que la caisse eut été regarnie par le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, le solde de clôture au 31 mars 1985 était de 28 386,44 $.

En plus d'être responsables de l'application de la Loi canadienne sur la santé, les représentants de la Direction générale ont coordonné des activités et ont conféré avec leurs homologues provinciaux au sujet de questions liées à la Loi canadienne sur la santé, par le biais de la Conférence des sous-ministres de la Santé et du Comité consultatif fédéral-

provincial des services médicaux et des services en établissement. Ce dernier Comité permet la consultation et l'échange de renseignements entre les fonctionnaires; il se compose de responsables des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé, ainsi que de représentants du gouvernement fédéral.

Au cours de l'année financière 1984-1985, le Comité s'est réuni à deux reprises et a discuté de questions liées à la Loi canadienne sur la santé telles que: les répercussions d'ordre administratif de la Loi sur les provinces; les soins de santé assurés pour les étrangers; les accords interprovinciaux de facturation réciproque des services hospitaliers; l'utilisation de la formule standard de réclamation pour les soins médicaux reçus à l'extérieur de la province; l'utilisation d'un niveau tarifaire normalisé au Canada; et les taux interprovinciaux pour les services de consultation externe.

PARTIE - II

CONTRIBUTIONS ET VERSEMENTS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL EN 1984-1985

II.1 - Accords fédéraux-provinciaux de financement dans le domaine de la santé

Le gouvernement fédéral contribue aux régimes provinciaux d'assurance-santé (services de santé assurés) conformément aux dispositions de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement post-secondaire et de santé (la Loi de 1977). En vertu de la Loi de 1977, les provinces ont droit à une contribution fédérale égale par personne, dans le domaine de la santé. Cette contribution augmente chaque année et est basée en 1984-1985 sur la moyenne mobile composée de trois ans du taux d'accroissement du produit national brut nominal par personne. Ce facteur d'indexation est appliqué à un montant de base égal à la moyenne nationale, par personne, en 1975-1976, des contributions fédérales aux régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie.

Les contributions en matière de santé versées aux provinces consistent en un transfert en espèces et en un transfert fiscal égalisé dans le cadre du programme de péréquation. Pour soutenir les programmes d'enseignement post-secondaire et de santé, le gouvernement fédéral a transféré en 1977, un total de 13,5 points d'impôt sur le revenu des particuliers et un point d'impôt sur le revenu des sociétés à toutes les provinces. En vertu de la Partie VII de la Loi de 1977, le Québec a reçu un abattement spécial de 8,5 points supplémentaires d'impôt sur le revenu des particuliers qui découle de la Loi sur les programmes établis (accords provisoires).

Pour déterminer les montants payables aux provinces, la valeur du transfert d'impôt et le taux de péréquation relatif sont établis. Ensuite, la portion liée aux services de santé assurés, soit 67,9 pour cent de la totalité de ce transfert fiscal égalisé, est déduite de la somme totale à laquelle chaque province a droit dans le domaine de la santé, en vertu des services de santé assurés. La différence est versée à la province sous forme de contribution en espèces, si le régime provincial remplit les conditions d'octroi et de versement énoncées dans la Loi canadienne sur la santé.

Notons que les provinces reçoivent également un montant égal par personne pour les services complémentaires de santé tels que définis dans les règlements, conformément à la Loi canadienne sur la santé. Ce montant qui était de 20 $ par personne en 1977-1978, est augmenté chaque année selon la moyenne du taux d'accroissement réparti sur trois ans du produit national brut nominal, par personne. Cette somme est payable aux provinces, pourvu que les deux conditions qui sont énoncées dans la Loi canadienne sur la santé et qui régissent les contributions aux services complémentaires de santé soient remplies.

II.2 - Contributions, déductions et paiements

Les tableaux qui suivent nous renseignent sur les contributions versées aux provinces sous forme de paiements en espèces et de transferts d'impôt, les déductions faites pour surfacturation et imposition de frais modérateurs, ainsi que la somme des paiements en espèces que les provinces ont reçus en 1984-1985 pour les services de santé et les services complémentaires de santé.

Le tableau I contient les estimations des transferts pour 1984-1985 seulement. Les chiffres fournis pour l'année 1984-1985 ne sont que préliminaires puisque l'information requise pour le calcul final ne sera pas disponible avant juillet 1987.

Le tableau II contient les montants qui ont été déduits des versements en espèces à chaque province, par suite d'une surfacturation ou de l'imposition de frais modérateurs. Ces déductions s'appliquent pour la période du 1er juillet 1984 au 31 mars 1985. Ces montants sont ceux qui ont été déduits à ce jour, selon des estimations, et les chiffres officiels ne peuvent être établis qu'après le 16 décembre 1986, conformément aux règlements.

Le tableau III contient les contributions en espèces et les sommes versées pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé. Il ne contient pas la valeur des transferts d'impôt égalisée. Les avances remises pour l'année financière, à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé, les rajustements pour les années précédentes et les déductions, le cas échéant, sont fournis pour chaque province. Ces calculs déterminent la somme des contributions en espèces et des montants versés pour l'année financière 1984-1985.

TABLEAU I

Contributions fédérales aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé 1984-1985

(en milliers de dollars)

Province	Services de santé assurés			Services Complémentaires de santé	Contributions Totales
	Paiements en espèces	Transferts d'impôt	Totaux		
Terre-Neuve	135 659	82 911	218 570	23 124	241 694
Île-du-Prince-Édouard	29 332	17 927	47 259	5 000	52 259
Nouvelle-Écosse	203 642	124 458	328 100	34 712	362 812
Nouveau-Brunswick	166 981	102 054	269 035	28 463	297 498
Québec	1 104 940	1 365 142	2 470 082	261 330	2 731 412
Ontario	1 940 979	1 429 934	3 370 913	356 636	3 727 549
Manitoba	247 323	151 156	398 479	42 158	440 637
Saskatchewan	253 106	126 402	379 508	40 151	419 659
Alberta	420 208	465 687	885 895	93 726	979 621
Colombie-Britannique	629 612	453 128	1 082 740	114 552	1 197 292
Territoires du Nord-Ouest	10 504	8 128	18 632	1 971	20 603
Yukon	4 333	3 889	8 222	870	9 092
Canada	5 146 619	4 330 816	9 477 435	1 002 693	10 480 128

Remarque: Les chiffres ne tiennent pas compte des rajustements pour les années précédentes ni des déductions pour l'année courante.

- Ministère des Finances, le 6 février 1985, Ajustements spéciaux aux avances

- Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

II.3 - Déductions pour surfacturation et imposition de frais modérateurs

La Loi canadienne sur la santé affirme:

> "que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens."

Ce principe d'accessibilité se reflète dans des dispositions précises de la Loi, conçues pour décourager la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs.

La Loi stipule qu'une province n'a droit, pour un exercice, à une pleine contribution pécuniaire à l'égard des services de santé assurés, que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas le versement de montants pour des services qui ont fait l'objet d'une surfacturation. En outre, la province ne doit pas permettre l'imposition de frais modérateurs pour des services hospitaliers assurés en vertu de son régime d'assurance-santé, sauf selon les modalités établies ou paragraphe 19(2) ayant trait aux personnes souffrant de maladies chroniques et qui séjournent de façon plus ou moins permanente dans un hopital ou autre institution. Si un régime provincial autorise la surfacturation ou l'imposition de frais modérateurs, ou les deux, une somme doit être déduite de la contribution pécuniaire fédérale.

Le montant déduit pour un exercice est celui que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social détermine, d'après les renseignements fournis par la province conformément aux règlements, et qui est égal au total des frais modérateurs imposés ou de la surfacturation effectuée. Lorsqu'une province ne fournit pas de renseignements conformément aux règlements, le montant déduit est celui que le Ministre estime perçu en frais modérateurs et surfacturation, conformement aux articles 20(1) et 20(2) de la Loi.

Les dispositions concernant les déductions obligatoires qui doivent être faites en cas de surfacturation et d'imposition de frais modérateurs sont entrées en vigueur le 1er juillet 1984. Les règlements permettant au Ministre de déterminer le montant des déductions ont été rédigés en collaboration avec les provinces et promulgués le 28 juin 1984 sous le titre du Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs (1984-1985). Conformément à l'article 20 et au règlement, le Ministre a estimé les montants de la surfacturation effectuée et des frais modérateurs imposés pour

la période du 1er juillet 1984 au 31 mars 1985 et l'on s'est fondé sur ces estimations pour établir le montant des déductions. Ces montants estimatifs ont été déduits sur une base proportionnelle pour la période de neuf mois et les avances mensuelles aux provinces ont été rajustées en conséquence (voir le tableau II).

En vertu du Règlement, les provinces doivent présenter, avant le 16 décembre 1986, leur exposé financier révélant les montants équivalents au total de la surfacturation effectuée et au total des frais modérateurs imposés durant la période. Après réception des exposés provinciaux définitifs, le montant des déductions pour 1984-1985 sera établi définitivement.

Le paragraphe 20(6) contient un élément de nature à encourager les provinces à éliminer tôt la surfacturation et les frais modérateurs. En effet, si une province met fin à la surfacturation ou à l'imposition des frais modérateurs dans les trois ans qui suivent l'entrée en vigueur de la Loi, c'est-à-dire avant le 1er avril 1987, le montant total déduit sera remboursé à la province.

TABLEAU II

Loi canadienne sur la santé
Déductions pour surfacturation et imposition de frais modérateurs
Montants totaux déduits, 1984-1985
(au 31 mars 1985)
(en milliers de dollars)

Province	Surfacturation	Frais modérateurs	Total
Terre-Neuve	0	0	0
Île-du-Prince-Édouard	0	0	0
Nouvelle-Écosse	0	0	0
Nouveau-Brunswick	63	3 015	3 078
Québec	0	7 893	7 893
Ontario	39 996	0	39 996
Manitoba	810	0	810
Saskatchewan	1 451	0	1 451
Alberta	8 109	1 827	9 936
Colombie-Britannique	0	22 797	22 797
Territoires du Nord-Ouest	0	0	0
Yukon	0	0	0
Totaux	50 429	35 532	85 961

Remarque: 1) Les déductions s'appliquent à la période du 1er juillet 1984 au 31 mars 1985, conformément au paragraphe 20(4).

2) Ces montants seront établis définitivement après le 16 décembre 1986, conformément aux règlements de la Loi canadienne sur la santé.

Source: Direction de l'assurance-santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

TABLEAU III

Contributions pécuniaires* et versements aux provinces y compris les rajustements pour les années précédentes et les déductions à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé 1984-1985

(en milliers de dollars)

	Services de santé assurés				Services complémentaires de santé			
Province	Avances 1984-85	Rajustements pour les années précédentes	Déductions (moins)	Total	Avances 1984-85	Rajustements pour les années précédentes	Total	Services de santé assurés et services complémentaires de santé : totaux
Terre-Neuve	135 659	3 751	-	139 410	23 124	42	23 166	162 576
Île-du-Prince-Édouard	29 332	870	-	30 202	5 000	21	5 021	35 223
Nouvelle-Écosse	203 642	6 216	-	209 858	34 712	174	34 886	244 744
Nouveau-Brunswick	166 981	5 127	(3 078)	169 030	28 463	147	28 610	197 640
Québec	1 104 940	69 832	(7 893)	1 166 879	261 330	1 119	262 449	1 429 328
Ontario	1 940 979	33 521	(39 996)	1 934 504	356 636	1 973	358 609	2 293 113
Manitoba	247 323	19 045	(810)	265 558	42 158	1 011	43 169	308 727
Saskatchewan	253 106	13 121	(1 451)	264 776	40 151	188	40 339	305 115
Alberta	420 208	60 179	(9 936)	470 451	93 726	711	94 437	564 888
Colombie-Britannique	629 612	47 927	(22 797)	654 742	114 552	739	115 291	770 033
Territoires du Nord-Ouest	10 504	359	-	10 863	1 971	18	1 989	12 852
Yukon	4 333	927	-	5 260	870	17	887	6 147
Canada	5 146 619	260 875	(85 961)	5 321 533	1 002 693	6 160	1 008 853	6 330 386

* Transferts d'impôt non compris

Source:

- Ministère des Finances
- Direction générale des services et de la promotion de la santé
  Santé et Bien-être social Canada

PARTIE - III

MISE EN APPLICATION DES RÉGIMES PROVINCIAUX D'ASSURANCE-SANTÉ

III.1 - Traits marquants

Toutes les provinces disposaient d'un régime de soins médicaux et d'un régime d'assurance-hospitalisation qui remplissaient les conditions minimales posées par la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques ainsi que par la Loi sur les soins médicaux. Par suite de l'adoption de la Loi canadienne sur la santé, certaines provinces n'ont pas dû modifier beaucoup leurs régimes d'assurance-santé. Par contre, au cours de l'année 1984-1985, d'autres provinces ont apporté des modifications importantes à leur régime d'assurance-santé pour pouvoir remplir les conditions posées par la Loi canadienne sur la santé.

- Terre-Neuve a aboli les frais modérateurs imposés par journée d'hospitalisation depuis le 1er avril 1984.

- La Nouvelle-Écosse a pris des dispositions législatives, le 1er juillet 1984, pour interdire la surfacturation par les médecins, les dentistes et les optométristes et a prévu le recours à l'arbitrage pour régler les conflits concernant la rémunération.

- Le Québec a adopté, en juin 1984, un décret entrant en vigueur le 1er octobre 1984, qui reclassifiait les hôpitaux en deux catégories: les centres hospitaliers de soins de courte durée et les centres hospitaliers de soins de longue durée. En ce qui a trait aux soins pour convalescents qui sont passés de la catégorie des soins de longue durée à celle des soins de courte durée, afin que les malades qui ont besoin de recevoir des soins pour convalescents ne fassent plus l'objet de frais modérateurs, l'entrée en vigueur a été effectuée le 1er avril 1985.

- Le Manitoba a apporté plusieurs changements, dont: l'adoption de dispositions législatives (en vigueur le 1er août 1985) interdisant la surfacturation par les médecins et prévoyant le recours à l'arbitrage

exécutoire pour le règlement des conflits concernant les honoraires des médecins; de règlements pour le paiement des services médicaux et dentaires assurés reçus par des habitants à l'extérieur de la province, mais au Canada, au taux approuvé par la province où les services ont été fournis (taux de la province d'accueil); ainsi que de dispositions législatives, en vigueur le 1er avril 1985, permettant l'imposition de frais modérateurs à l'égard des services hospitaliers pour malades chroniques.

- La Saskatchewan a adopté, le 1er août 1985, des mesures législatives interdisant la surfacturation par les médecins et prévoyant l'établissement de barèmes d'honoraires par un comité composé de médecins, de fonctionnaires et de membres de la Commission des soins médicaux.

- L'Alberta a modifié ses textes législatifs de la façon suivante: les personnes admissibles ne sont plus les "registrants" (personnes inscrites), mais bien plutôt les "résidents" (habitants), ce qui fait que l'admissibilité au régime albertain d'assurance-santé n'est plus assujettie au paiement préalable de cotisations.

- La plupart des provinces et des territoires ont manifesté l'intention de faire allusion, à l'avenir, à la contribution fédérale dans les documents publics et le matériel publicitaire pertinents. Par exemple, l'Île-du-Prince-Édouard, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon ont l'intention d'imprimer le symbole canadien sur les documents pertinents tels que les formules de demande de paiement de frais médicaux, les cartes d'assurance-santé et d'autres documents. De même, l'Ontario et l'Alberta spécifient les transferts fédéraux dans leurs documents budgétaires et leurs états financiers. La Nouvelle-Écosse, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique vont faire allusion aux contributions fédérales dans leur rapport annuel sur l'assurance-santé. Terre-Neuve a l'intention d'indiquer les montants payés par le gouvernement fédéral dans ses documents publics pertinents.

III.2 - Résumé de l'opération des régimes provinciaux d'assurance-santé en 1984-1985

Conformément à la Loi canadienne sur la santé, les gouvernements provinciaux doivent fournir au Ministre l'information dont il peut avoir besoin pour l'application de la Loi.

Pour qu'un rapport complet puisse être présenté au Parlement, les provinces ont accepté de fournir de l'information sur le fonctionnement de leur régime d'assurance-santé du point de vue des conditions d'octroi et de versement prévues par la Loi canadienne sur la santé. Ce qui suit consiste en une description abrégée des renseignements fournis par chaque province.

Dans l'élaboration de ses programmes nationaux de santé, l'approche du Canada a consisté à fournir progressivement à la population des catégories importantes de services de santé financés par les deniers publics. Parce que l'assurance-hospitalisation et l'assurance-soins médicaux ont été instaurées par des lois fédérales distinctes et à des moments différents, les structures administratives et la structure des programmes provinciaux appartiennent habituellement à deux catégories de régime. Les régimes sont donc décrits séparément et par critère, le cas échéant.

TERRE-NEUVE

GESTION PUBLIQUE: (Cf. Article 8)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Le régime d'assurance-hospitalisation est géré sans but lucratif par une division du ministère de la Santé de la province. Les comptes et les opérations financières sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

Régime de soins médicaux:

Le régime de soins médicaux est également géré sans but lucratif par le Newfoundland Medical Care Commission, organisme public mis en place par le gouvernement provincial et répondant au ministre de la Santé. Les comptes et les opérations financières sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

INTÉGRALITÉ: (Cf. Article 9)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Les services assurés fournis par les hôpitaux comprennent les services aux malades hospitalisés et les services en consultation externe. Les services aux malades hospitalisés englobent l'hospitalisation en salle commune et tous les services nécessaires tels que: l'hébergement en salle commune et les repas; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostique comme l'électrocardiogramme et l'électroencéphalogramme; les médicaments, les produits biologiques et toutes les fournitures chirurgicales nécessaires; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et du matériel d'anesthésie; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent.

Les services externes englobent les services de laboratoire, de radiologie ou autres services diagnostiques comme l'électrocardiogramme et l'electroencéphalogramme; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent; les consultations externes

et les visites à l'urgence; les plâtres, les médicaments ainsi que les fournitures médicales et chirurgicales utilisés à l'hôpital.

Les services hospitaliers non couverts par le régime comprennent: l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la chirurgie esthétique et les autres services jugés non nécessaires du point de vue médical; le transport par ambulance ou par autre moyen de transport avant l'admission et après le congé; les services infirmiers privés (par arrangements du patient, en sus des services requis fournis par l'hôpital); les rayons-X ou d'autres services non requis pour des raisons médicales mais servant aux fins de l'emploi ou de l'assurance; les services reliés aux avortements thérapeutiques pratiqués hors du Canada.

Régime de soins médicaux:

Les services assurés englobent une vaste gamme de services dispensés par des médecins généralistes et spécialistes, lorsqu'ils sont requis pour des raisons médicales: les visites en cabinet, à l'hôpital ou à la maison; le diagnostic et le traitement des maladies et des blessures; les soins et les traitements relatifs à des opérations dont l'anesthésie, et les services de radiologie. Les services dentaires assurés en vertu du régime sont ceux qui doivent être pratiqués à l'hôpital sous anesthésie générale.

Les services suivants, dispensés par des médecins, ne sont pas couverts par le régime: l'examen du genre de ceux requis pour l'emploi ou l'assurance et non requis pour des raisons de maladie; la chirurgie esthétique, l'acupuncture, les vaccinations pour fins de voyages, la préparation de dossiers, de rapports ainsi que des certificats ou d'avis par téléphone; les avortements thérapeutiques pratiqués à l'extérieur du Canada ou dans des installations canadiennes non accréditées; des services assurés en vertu de la Loi sur les accidents de travail ou en vertu d'autres législations fédérales ou provinciales.

En plus des services médicaux de base, la province autorise un examen optométrique complet à des fins de diagnostic pour chaque bénéficiaire une fois par année, un programme de soins dentaires pour les enfants, un programme spécial de chirurgie esthétique pour les adolescents et un programme d'assurance-médicaments pour les personnes âgées.

UNIVERSALITÉ: (Cf. Article 10)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Tous les résidents assurés de la province ont droit à la protection du régime. Ni prime, ni inscription n'est exigée.

Régime de soins médicaux:

Tous les résidents assurés de la province ont droit à la protection du régime. Le paiement d'aucune prime n'est exigé. Cependant, il faut s'inscrire au régime et être en possession d'une carte valide du régime d'assurance-santé pour avoir accès aux services assurés.

TRANSFÉRABILITÉ: (Cf. Article 11)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Les bénéficiaires qui déménagent d'une autre province ou d'un territoire à Terre-Neuve ont droit à la protection du régime à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée, tandis que les personnes qui proviennent de l'étranger pour s'établir à Terre-Neuve ont droit à la protection du régime à compter du jour de leur arrivée.

Les personnes absentes temporairement de la province peuvent bénéficier d'un prolongement de la période minimale de protection de 12 mois, à condition de fournir une preuve suffisante de leur intention de revenir.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

Les services hospitaliers dispensés dans d'autres provinces ou dans les territoires sont remboursés en vertu de la "facturation réciproque", entente passée entre les provinces et les territoires. Les coûts d'hospitalisation sont payés aux taux approuvés par la province ou le territoire d'accueil et les coûts de consultation externe sont payés aux taux interprovinciaux normalisés approuvés.

Paiements des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Les services hospitaliers sont remboursés aux taux ordinairement facturés à condition qu'ils soient considérés raisonnables. Le remboursement se fait directement aux fournisseurs du service, ou aux patients, sur preuve de paiement. Le paiement est le même qu'il s'agisse de soins d'urgence ou non.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Les résidents assurés qui déménagent en vue de s'établir en permanence ailleurs au Canada bénéficient du régime jusqu'au dernier jour du deuxième mois suivant le mois de leur arrivée dans leur nouveau lieu de résidence, y compris ce jour-là. La protection est immédiatement interrompue dans le cas de résidents de la province qui vont élire domicile dans un autre pays.

Régime de soins médicaux:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Les règles qui s'appliquent en vertu du régime de soins médicaux sont les mêmes que celles du régime d'assurance-hospitalisation.

Paiements des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

Le coût des services de médecin reçus dans les autres provinces et les territoires par des bénéficiaires de la province qui en sont temporairement absents sont payés au taux de Terre-Neuve, à moins que le service reçu ne soit pas disponible à Terre-Neuve, dans un tel cas le paiement est fait au taux de la province d'accueil. Le remboursement est fait par le régime soit directement au médecin traitant, soit au patient dans le cas où ce dernier dispose d'une preuve de paiement.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Les services du médecin sont payés au taux de Terre-Neuve. Si le service n'est pas disponible à Terre-Neuve mais qu'il se donne dans une autre province canadienne, le

paiement est fait au taux de cette province. Si le service n'est offert nulle part au Canada, la Newfoundland Medical Care Commission détermine le paiement. L'indemnisation est la même qu'il s'agisse de soins d'urgence ou non.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Les règles qui s'appliquent en vertu du régime de soins médicaux sont les mêmes que celles du régime d'assurance-hospitalisation.

ACCESSIBILITÉ: (Cf. Article 12)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Il n'y a aucuns frais de coassurance pour les services hospitaliers. Le nombre de lits dressés et utilisés en salle commune est au nombre de 2 262 pour 698 236 jours d'hospitalisation durant l'année financière. Au total 850 lits en chambre privée ou semi-privée ont donné lieu à 108 944 jours d'hospitalisation.

Paiement aux hôpitaux - 12(1)(d)

Les hôpitaux de Terre-Neuve sont remboursés conformément au budget d'exploitation approuvé par l'Hospital Services Division. Environ un douzième du budget d'exploitation annuel est avancé aux hôpitaux chaque mois, avec un règlement final après la fin de l'année. Les déficits ne sont pas remboursés, mais les hôpitaux peuvent retenir une portion de tout surplus en vertu d'un régime d'incitation financière. Le régime provincial a payé 272 216 000 $ aux hôpitaux publics de Terre-Neuve en 1984-1985 et 2 191 000 $ aux hôpitaux fédéraux et à contrat. Les paiements ont totalisé 6 122 000 $ pour les services hospitaliers hors de la province.

Régime de soins médicaux:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Les médecins de la province ne pratiquent aucune surfacturation.

Un plan d'initiative a été mis en place pour attirer les médecins dans les régions éloignées et améliorer le nombre de médecins spécialistes. Durant l'année financière 1984-1985, le régime de soins médicaux a payé 176 128 $ en vertu d'un contrat passé avec les médecins de la région frontalière Labrador - Blanc Sablon et en vertu du Guaranteed Incentive Program.

Mode de paiement - 12(1)(b)

Les médecins sont rémunérés en vertu d'un barème d'honoraires.

Rémunération raisonnable - 12(1)(c)

Les tarifs sont négociés périodiquement entre le gouvernement provincial et l'Association médicale de Terre-Neuve.

Durant 1984-1985, le gouvernement provincial a versé 57 777 754 $ aux médecins et aux chirurgiens de la province rémunérés à l'acte. Deux groupes de spécialistes, les optométristes et les radiologistes, ont reçu 5 848 540 $. On a versé 700 502 $ aux chirurgiens-dentaires. Les indemnisations versées aux médecins et aux chirurgiens de l'extérieur de la province ont totalisé 1 034 115 $. On n'a effectué aucun paiement à des dentistes, des optométristes ou des radiologistes de l'extérieur de la province.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

GESTION PUBLIQUE: (Cf. Article 8)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Le régime d'assurance-hospitalisation est géré sans but lucratif par l'Hospital Services Commission de l'Île-du-Prince-Édouard. La Commission répond à la législature provinciale et le Vérificateur général de la province vérifie les comptes et les opérations financières.

Régime de soins médicaux:

Le régime de soins médicaux est géré sans but lucratif par la Health Services Commission de l'Île-du-Prince-Édouard. La Commission répond à la législature provinciale et le Vérificateur général de la province vérifie les comptes et les opérations financières.

INTÉGRALITÉ: (Cf. Article 9)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Le régime d'assurance-hospitalisation de l'Île-du-Prince-Édouard assure les services hospitaliers définis à l'article 2 de la Loi canadienne sur la santé.

Les services hospitaliers suivants sont déclarés non assurés: les commodités personnelles, dont le téléphone et la télévision; les soins infirmiers particuliers ou spéciaux à la demande du patient ou de sa famille; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande des patients; les services hospitaliers entourant la chirurgie strictement esthétique; les soins intermédiaires en foyer d'accueil; les soins en résidence; les soins facultatifs et non autorisés fournis à des résidents de l'Île-du-Prince-Édouard absents temporairement de la province; les médicaments, les produits biologiques, les prothèses et les orthèses utilisés par un malade hospitalisé ou un malade en consultation externe après le congé de l'hôpital; les services ambulanciers fournis à un malade hospitalisé ou un malade en consultation externe avant l'admission ou après le congé. Les soins

aux adultes en résidence et en foyer d'accueil sont disponibles surtout dans les "manoirs" exploités par l'État et dans les foyers privés munis d'une licence. Il y a sept manoirs répartis dans la province, qui totalisent 570 lits. Ils fournissent un mélange de soins de Type I (résidence et pension) et de Type II (foyer d'accueil); la majorité des soins sont de Type II. Les coûts d'exploitation des manoirs ont été d'environ 12,2 millions de dollars en 1984-1985.

En 1984-1985, il y avait sept foyers privés détenant une licence de la Commission des services hospitaliers. Les soins de Type I et II étaient offerts pour 375 lits, à un coût estimatif de 2,6 millions de dollars pour le gouvernement.

Les soins infirmiers à domicile sont également offerts dans cinq bureaux de district. Le coût estimatif de 23 700 visites faites à 730 personnes, en 1984-1985, a été de 280 000 $.

Il y a eu à l'Île-du-Prince-Édouard d'autres services à domicile et services ambulatoires payés en partie par le gouvernement fédéral.

Régime de soins médicaux:

Le régime de soins médicaux couvre tous les services de médecins et tous les services de chirurgie dentaire nécessaires (par ex.: extraction chirurgicale de dents enclavées, résection de racines), qui sont fournis aux assurés.

Les services suivants ne sont pas assurés: les services auxquels donnent droit d'autres législations provinciales ou fédérales; les frais de déplacement, à moins qu'ils soient approuvés par la Commission; les conseils ou les ordonnances donnés par téléphone, sauf dans le cas de surveillance d'une thérapie aux anticoagulants; les examens requis en rapport avec l'emploi, l'assurance, l'éducation, etc.; les examens, les immunisations ou les inoculations de groupe, à moins que la Commission ne les ait préalablement autorisés; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, sauf s'il s'agit d'un certificat d'internement dans une institution phychiatrique ou de désintoxication; le témoignage en cour; la chirurgie esthétique à moins

qu'elle ne soit requise pour des raisons médicales; les services dentaires autres que les actes inclus dans les services de santé de base; les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et autres matières apparentés; les verres et les dispositifs spéciaux; la physiothérapie, la chiropraxie, la podiatrie, l'optométrie, la chiropodie, l'ostéopathie, les services d'un psychologue, la naturopathie, l'audiologie, l'acupuncture et les traitements similaires; les services fournis par un remplaçant lorsque le médecin est absent et n'est pas disponible; les services rendus par un médecin aux membres de sa propre famille à moins que la Commission ne les ait approuvés; les services de laboratoire et de radiologie fournis en vertu de la Loi provinciale sur l'assurance-hospitalisation; tout autre service que la Commission peut, sur recommandation du Conseil consultatif médical, déclarer non assuré.

UNIVERSALITÉ: (Cf. Article 10)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Toute personne qui habite en permanence à l'Île-du-Prince-Édouard, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes (en service actif) et de la Gendarmerie royale du Canada, inscrite au régime et qui a fourni à la Commission tous les renseignements requis, est admissible à la protection du régime. L'admissibilité est basée sur l'état de résidence permanente à l'Île-du-Prince-Édouard et le respect de l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité.

Régime de soins médicaux:

Les mêmes règles s'appliquent dans le cas du régime d'assurance-hospitalisation.

TRANSFÉRABILITÉ: (Cf. Article 11)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Toute personne s'inscrivant aux services assurés en vertu du régime y devient admissible le premier jour du

troisième mois qui suit la date où elle a élu domicile. Les immigrants reçus, les Canadiens rapatriés, les Canadiens qui reviennent au pays, les immigrants reçus qui reviennent au pays, les citoyens canadiens ou les conjoints des citoyens canadiens qui habitent le Canada pour la première fois, ainsi que les détenteurs de permis de travail émis en vertu de la Loi sur l'immigration (Canada) et qui vivent dans la province, ont droit à la protection du régime à compter de la date où ils élisent domicile, à condition qu'ils s'inscrivent conformément aux règlements.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

Tous les bénéficiaires temporairement absents du Canada verront leurs réclamations acceptées aux taux applicables dans la province où les services ont été dispensés (province d'accueil), à condition que les services rendus répondent aux règlements concernant les nécessités médicales.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Lorsqu'un résident de l'Île-du-Prince-Édouard est adressé à l'étranger pour recevoir des services qui ne sont pas disponibles dans la province, le paiement est fait au taux établi par la Commission, mais ne doit pas excéder le per diem le plus élevé facturé par les hôpitaux de l'Île-du-Prince-Édouard.

Lorsqu'un résident est adressé à l'étranger pour des services qui ne sont pas disponibles à l'Île-du-Prince-Édouard mais qui sont offerts par d'autres provinces, le paiement est fait au taux établi par la Commission, mais ne doit pas dépasser le per diem du Victoria General Hospital d'Halifax (Nouvelle-Écosse).

Lorsqu'un résident est adressé à l'extérieur du Canada pour des soins d'hospitalisation non disponibles à l'Île-du-Prince-Édouard ou dans une autre province du Canada, le paiement est fait à un taux qui ne doit pas dépasser le montant total acquittable de ces services, incluant l'hébergement, les repas et les services hospitaliers nécessaires du point de vue médical.

Lorsqu'un résident est adressé à l'extérieur du Canada pour des services de consultation externe qui ne sont pas

disponibles à l'Île-du-Prince-Édouard ou dans une autre province du Canada, le paiement est fait à 100 pour cent des frais hospitaliers approuvés.

Dans le cas d'un résident temporairement absent de la province qui, à la suite d'une maladie subite ou d'un accident, est admis dans un hôpital à l'étranger, le paiement est fait à un taux qui ne doit pas excéder 100 $ par jour pour l'hébergement et la pension en salle commune, plus 75 pour cent du reste du compte payable pour les services assurés. Les services en clinique externe fournis dans les mêmes conditions sont remboursés à environ 75 pour cent des frais hospitaliers approuvés.

Tous les paiements de service assurés dispensés à l'étranger seront faits en devises canadiennes.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Les résidents reçoivent la protection complète du régime durant la période d'attente interprovinciale convenue. Les résidents qui déménagent en permanence à l'étranger bénéficient de la protection complète du régime jusqu'au jour de leur départ du Canada.

Régime de soins médicaux:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Les mêmes règles s'appliquent en vertu du régime de soins médicaux que dans le cas du régime d'assurance-hospitalisation.

Paiement des frais pour les services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

Les mêmes conditions s'appliquent en vertu du régime de soins médicaux que dans le cas du régime d'assurance-hospitalisation.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Les services assurés sont remboursés au tarif établi par la Commission lorsque celle-ci considère qu'ils sont disponibles au Canada et qu'ils sont requis à la suite

d'une maladie subite ou d'un accident ou encore qu'ils sont approuvés par la Commission. La Commission peut fixer le taux auquel les services assurés seront payés dans les cas où ceux-ci ne sont pas disponibles au Canada et que l'approbation de la Commission ait été demandée à l'avance.

Le paiement de tous les services assurés dispensés à l'étranger sera fait en devises canadiennes.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Les mêmes règles s'appliquent en vertu du régime de soins médicaux que dans le cas du régime d'assurance-hospitalisation.

ACCESSIBILITÉ: (Cf. Article 12)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Le régime d'hospitalisation prévoit les services d'hospitalisation assurés dans des conditions uniformes, d'une façon qui ne gêne ni n'empêche l'accès raisonnable des bénéficiaires à ces services. Il n'y a pas de frais de coassurance pour les services hospitaliers.

En 1984-1985, il y avait sept hôpitaux dans la province, totalisant 690 lits. Il y a eu 27 765 patients admis durant l'année financière (moins de 1 pour cent de changement par rapport à 1983-1984) et 201 212 jours d'hospitalisation (0,5 pour cent de plus qu'en 1983-1984).

Paiement aux hôpitaux - 12(1)(d)

La Commission établit le budget annuel d'exploitation de chaque hôpital et verse essentiellement l'argent aux deux semaines. Les dépenses non prévues au budget font l'objet d'un ajustement par révision du budget à l'intérieur de l'année en cours ou sont considérées en vue d'une approbation après réception des états financiers vérifiés de l'hôpital.

Au cours de l'année financière 1984-1985, les hôpitaux de la province ont reçu un montant évalué à 50,5 millions de dollars pour les frais d'exploitation et d'opération. Un montant évalué à 3,6 millions de dollars a aussi été versé pour d'autres services tel les services d'ambulance et de transfusion sanguine. La Commission a payé un montant évalué à 7,4 millions de dollars pour les services hospitaliers hors de la province.

Régime de soins médicaux:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Le régime de soins médicaux prévoit les services médicaux assurés d'une manière uniforme, d'une façon qui ne gêne ni n'empêche l'accès raisonnable des bénéficiaires aux services assurés. Les médecins de la province ne pratiquent pas de surfacturation.

Mode de paiement - 12(1)(b)

Les praticiens soumettent une réclamation à la Commission, avec toute l'information requise pour la justifier, conformément à ce qui est établi par les tarifs dans les six mois qui suivent la date à laquelle le service a été prodigué. Si la demande d'indemnisation est conforme à la loi provinciale, le paiement est fait au médecin aux deux semaines.

Rémunération raisonnable - 12(1)(c)

Les négociations avec la Medical Society of Prince Edward Island et la Dental Association ont donné lieu à des ententes signées concernant les tarifs des services assurés aux bénéficiaires, pour la période allant du 1er avril 1984 au 31 mars 1985.

En 1984-1985, la Commission a versé un montant évalué à 16,33 millions de dollars aux médecins de la province alors que le montant évalué pour les services médicaux hors province s'élevaient à 1,26 million de dollars.

NOUVELLE-ÉCOSSE

GESTION PUBLIQUE: (Cf. Article 8)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par le ministère de la Santé. Le Vérificateur général de la Nouvelle-Écosse effectue une vérification annuelle de tous les dossiers et livres de comptes du ministère de la Santé concernant le régime d'assurance-hospitalisation.

Régime de soins médicaux:

En vertu de la loi provinciale, le régime de soins médicaux est un organisme à but non lucratif géré et administré par un corps composé de la Health Services and Insurance Commission et de la Corporation (Maritime Medical Care Incorporated). La Corporation est l'agent administratif et financier de la province pour le programme de soins médicaux.

Toujours en vertu de la Loi, la Commission est responsable devant le Ministre. Pour chaque année financière, elle doit préparer à son intention un rapport de ses comptes et activités concernant le régime. Les livres, dossiers et comptes de la Commission et de la Corporation doivent porter sur leurs tâches, fonctions et responsabilités en vertu de la loi provinciale et doivent être examinés au moins une fois par année par le Vérificateur général.

INTÉGRALITÉ: (Cf. Article 9)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Les services aux malades hospitalisés comprennent l'hébergement et les repas en salle commune; tous les services infirmiers nécessaires; tous les actes de laboratoire, de radiologie et autres, de nature diagnostique; tous les médicaments prescrits par le médecin et administré à l'hôpital; l'usage des salles d'opération et d'accouchement et les installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; les services de radiothérapie et de physiothérapie; les transfusions et les fractions du sang à des fins thérapeutiques.

Les services en consultation externe comprennent: les épreuves de laboratoire; les épreuves de diagnostic à l'aide d'isotopes radioactifs; la radiothérapie; la physiothérapie; les soins infirmiers nécessaires; les examens radiologiques, l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; les médicaments prescrits par le médecin et administrés en consultation externe; les services dispensés à la Nova Scotia Tumor Clinic; le sang ou les fractions du sang à des fins thérapeutiques; les services hospitaliers pour la plupart des interventions médicales et chirurgicales mineures; les soins de jour aux diabétiques; les épreuves fonctionnelles respiratoires; l'inhalothérapie; l'hémodialyse; l'alimentation parentérale à domicile; les services, autres que les services médicaux dispensés par la Nova Scotia Hearing and Speech Clinic dans ses locaux; le matériel pour le traitement de l'enthromelalgie et l'entretien de ce matériel.

Les services hospitaliers non assurés comprennent la chirurgie esthétique et les procédures de rétablissement de la fécondité.

La Nouvelle-Écosse n'a pas de programme officiel de soins complémentaires assurés à l'hôpital (Type III); cependant, les malades qui ont besoin de plus de soins qu'ils ne peuvent en recevoir dans les centres d'hébergement de la province (Types I et II) sont soignés gratuitement dans les hôpitaux.

Les soins en établissement pour adultes et les soins en maison de repos sont dispensés par un réseau de foyers de soins spéciaux de différents types et ces programmes sont la responsabilité du ministère provincial des services sociaux. Les personnes dans le besoin peuvent obtenir une aide financière par l'intermédiaire du ministère. Les services d'aide familiale et les autres services non dispensés par les professionnels de la santé sont également subventionnés par l'intermédiaire du ministère. Les soins à domicile sont dispensés par des infirmières en santé communautaire et les services ambulatoires sont fournis dans les hôpitaux, s'ils sont avant tout associés à des besoins en santé.

Régime de soins médicaux:

Les services assurés sont tous les services dispensés par les médecins parce qu'ils sont requis d'un point de vue médical ou considérés comme tels par la Commission. Certains traitements de chirurgie dentaire requis d'un point de vue médical et qui doivent être pratiqués à l'hôpital sont également assurés. Ce sont, notamment, l'extraction chirurgicale des dents et la dénudation d'une dent en vue d'un traitement d'orthodontie.

Les services non assurés sont les suivants: les services auxquels le patient a droit en vertu de la Loi sur les accidents de travail ou de toute autre loi; les frais de déplacement ou de délais; les conseils ou les prescriptions par téléphone; les examens requis par un tiers, les immunisations ou inoculations de groupe, à moins qu'elle ne soient approuvées par la Commission; la préparation de certificats ou de rapports; les témoignages en cour; les services de laboratoire ou de radiologie dispensés en Nouvelle-Écosse; les services associés à l'électrocardiographie, l'électromyographie et l'électroencéphalographie, à moins que le médecin ne soit un spécialiste dans ces domaines; la chirurgie esthétique; les procédures de rétablissement de la fécondité.

Outre les services assurés de base, la Nouvelle-Écosse fournit les services suivants: les examens de la vue par les optométristes; les médicaments pour les personnes de 65 ans et plus; un programme à l'intention des victimes de la fibrose kystique; un programme de médicaments pour les personnes qui souffrent de diabète insipide associé à un trouble de la glande pituitaire; un programme de médicaments pour les victimes de cancer; les soins dentaires aux enfants nés depuis le 1er janvier 1967 (jusqu'à l'âge de 16 ans) ou aux élèves de l'école pour les aveugles; un programme de soins dentaires pour les personnes qui souffrent d'une fissure labiale ou palatine; et un programme de service de prothèses.

UNIVERSALITÉ: (Cf. Article 10)

Régime d'assurance-hospitalisation:

En vertu de la loi, tous les résidents de la province ont droit aux services hospitaliers assurés dispensés par les hôpitaux selon des modalités uniformes. Cette disposition

protège 100 pour cent des résidents de la province. On définit le résident comme toute personne légalement autorisée à être au Canada, qui habite et vit habituellement en Nouvelle-Écosse, à l'exception des touristes, des personnes de passage ou des visiteurs dans la province. L'admissibilité au régime pour les résidents ne dépend pas d'une inscription préalable.

Régime de soins médicaux:

Tous les résidents de la province sont assurés selon des modalités uniformes en ce qui concerne le remboursement des services médicaux assurés aux tarifs établis. L'admissibilité des patients en vertu du régime de soins médicaux est la même que pour le régime d'assurance-hospitalisation.

TRANSFÉRABILITÉ: (Cf. Article 11)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Les personnes des autres provinces du Canada qui vont s'établir de façon permanente en Nouvelle-Écosse ont droit aux services de santé assurés par le régime à compter du premier jour du troisième mois qui suit leur établissement dans la province. Cette disposition est conforme aux exigences de l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité.

Certaines catégories de résidents, notamment les immigrants reçus, les militaires qui retournent à la vie civile et les Canadiens qui rentrent au pays, deviennent bénéficiaires dès le premier jour de leur arrivée. La garantie dès le premier jour à titre rétroactif est également accordée aux non-Canadiens qui ont un permis de travail qui leur permet de résider dans la province pour une période de 12 mois ou plus.

Paiement des services dispensés ailleurs au Canada - 11(1)(b)(i)

La Nouvelle-Écosse respecte l'entente sur la facturation réciproque.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Les services dispensés aux bénéficiaires adressés à l'étranger ou traités à la suite d'un accident ou d'une urgence sont payés au tarif de 100 $ par jour plus 75 pour cent du solde des frais. Les assurés peuvent payer eux-mêmes les frais des services hospitaliers et obtenir ensuite le remboursement du montant assuré par le régime, ou ils peuvent prendre des mesures pour que le montant des frais assurés soit versé directement à l'hôpital concerné.

Les services facultatifs ne sont pas assurés, sauf dans des circonstances spéciales.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Les bénéficiaires qui vont s'établir en permanence dans une autre province ont droit aux services assurés pendant trois mois suivant leur départ, période à laquelle on ajoute un temps raisonnable pour le déplacement. Les résidents de la Nouvelle-Écosse qui élisent définitivement résidence à l'étranger n'ont plus droit aux services assurés dès le jour de leur départ.

Régime de soins médicaux:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Les règlements sont les mêmes que pour le régime d'assurance-hospitalisation.

Paiement des services dispensés ailleurs au Canada - 11(1)(b)(i)

Les services médicaux dispensés ailleurs au Canada sont payés au tarif en vigueur dans la province où ils sont fournis. Le patient peut payer lui-même le médecin et se faire ensuite rembourser par le régime ou laisser au médecin le soin de faire lui-même la réclamation.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Les services dispensés aux personnes adressées à l'étranger ou traitées à la suite d'un accident ou d'une urgence sont payés au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse plus 75 pour cent du solde des frais.

Les services facultatifs sont payés au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Les règlements sont les mêmes que pour le régime d'assurance-hospitalisation.

ACCESSIBILITÉ: (Cf. Article 12)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Aucuns frais d'utilisation ne sont exigés en vertu du régime.

Plus de 90 pour cent de la population habite à trente minutes ou moins de l'un des 50 hôpitaux de la province. En plus des grands services de soins tertiaires d'Halifax, il existe un réseau d'hôpitaux régionaux qui dispensent des soins spécialisés à toute la population.

Paiement aux hôpitaux - 12(1)(d)

Le processus d'attribution budgétaire qui permet aux hôpitaux de fournir les services assurés se déroule comme suit: les hôpitaux présentent leurs estimations au Ministre qui est autorisé, par les règlements, à les examiner et à les analyser. C'est à partir des estimations approuvées que le régime détermine les paiements qu'il fait annuellement aux hôpitaux. En 1984-1985, la Nouvelle-Écosse comptait 5 594 lits d'hôpitaux. Les dépenses du ministère de la Santé pour les services dispensés dans les hôpitaux généraux se sont chiffrées à 459 816 877 $. Le nombre total des admissions dans les hôpitaux a été de 160 553 et le nombre de jours d'hospitalisation a été de 1 458 784.

Régime de soins médicaux:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Aucune surfacturation n'est permise en vertu du régime de soins médicaux.

La province ne restreint ni ne limite en aucune façon le nombre des médecins qui peuvent réclamer des honoraires du régime. Des primes sont offertes afin d'encourager les médecins à pratiquer leur profession dans les régions isolées de la province.

Mode de paiement - 12(1)(b)

Dans la grande majorité des cas, les médecins sont payés à l'acte pour les services assurés dispensés aux résidents de la province. Certains services assurés sont dispensés par des médecins à salaire travaillant dans des établissements.

Le montant total des paiements faits aux médecins pour les services de santé assurés au cours de l'année financière 1984-1985 s'est établi à 151 425 328 $. De ce montant, 5 460 061 $ ont été versés aux médecins travaillant à salaire et à la vacation et 201 667 $ ont été payés pour des services d'hospitalisation, de consultation externe et des services de diagnostic fournis à l'extérieur de la province.

Les paiements faits par le régime pour les services assurés de soins de chirurgie dentaires se sont élevés à 1 981 155 $.

Rémunération raisonnable - 12(1)(c)

La Health Services and Insurance Act autorise la Commission à négocier la rémunération des services médicaux et dentaires avec la Medical Society et la Dental Association et à participer à tout processus d'arbitrage exécutoire relatif à des questions de rémunération non résolues par la négociation.

Sur le plan du revenu, les médecins de la province se situent au troisième rang des provinces canadiennes. Au cours de l'année financière terminée le 31 mars 1985, la moyenne des paiements versés par le régime aux médecins qui ont fait plus de 50 000 $ était de 139 000 $.

NOUVEAU-BRUNSWICK

GESTION PUBLIQUE: (Cf. Article 8)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Le régime est géré sans but lucratif par le ministère de la Santé et est assujetti à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières par le bureau du Vérificateur général de la province.

Régime de soins médicaux:

En ce qui concerne le régime de soins médicaux, la situation est la même que pour le régime d'assurance-hospitalisation.

INTÉGRALITÉ: (Cf. Article 9)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Les services aux malades hospitalisés auxquels les assurés ont droit correspondent à ceux mentionnés dans la Loi canadienne sur la santé. Les services en consultation externe comprennent les services de laboratoire, les procédures radiologiques de diagnostic lorsqu'elles sont disponibles et les autres services externes offerts par les hôpitaux, sauf les médicaments brevetés, les médicaments emportés à la maison, les demandes de tiers pour des services de diagnostic, les visites pour l'administration de médicaments, de vaccins ou de produits biologiques, et tout service non visé par le barème provincial des services de médecin assurés.

Les services ne sont pas assurés s'ils sont fournis à des personnes ayant droit à une assurance en vertu d'autres lois.

Outre ces services, la province offre aussi un programme d'assurance-médicaments et un programme de bénéfices pour les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi qu'un programme de soins infirmiers à domicile. De plus, le Nouveau-Brunswick opère un programme d'hôpitaux extra-muros qui offrent des services de soins à domicile aux personnes souffrant de maladies aiguës.

Régime de soins médicaux:

Les services de santé assurés sont définis comme l'ensemble des services médicalement requis qui sont rendus par un médecin, certains services médicalement requis qui sont rendus par des dentistes qualifiés dans un hôpital approuvé, et des soins d'optométrie restreints.

Les services suivants ne sont pas couverts par le régime: chirurgie plastique facultative ou autres services fournis à des fins esthétiques; médicaments, produits pharmaceutiques, matériel, fournitures chirurgicales ou prothèses; consultation ou renouvellement d'ordonnance par téléphone, sauf selon les tarifs établis; examen de dossiers ou de certificats médicaux; immunisation, examens ou certificats à des fins de voyage, d'emploi, d'immigration ou d'assurance, ou à la demande d'une tierce partie; d'autres services requis en vertu des règlements sur les hôpitaux ou les lois concernant les soins médicaux; services dentaires fournis par un médecin; distance ou temps de déplacement sauf selon les tarifs établis; témoignage en cour ou devant tout autre tribunal; services fournis par des médecins à des membres de leur famille immédiate; psychanalyse; électrocardiogramme non effectué par un spécialiste en médecine interne ou pédiatrique; services de laboratoire non inclus dans le tarif d'un examen ou d'une consultation; ajustement et fourniture de lunettes ou de lentilles de contact; inversion sexuelle chirurgicale; acuponcture; et examens médicaux complets lorsqu'ils sont effectués à titre d'examens périodiques sans être requis à des fins médicales.

UNIVERSALITÉ: (Cf. Article 10)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Tous les assurés de la province sont admissibles à la protection du régime. Les personnes suivantes, qu'elles soient ou non résidentes de la province, ne sont pas couvertes: membres réguliers des Forces armées canadiennes, membres de la Gendarmerie royale du Canada, personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier relevant du gouvernement du Canada, ou personnes d'une autre province qui se trouvent au Nouveau-Brunswick à des fins d'éducation et qui sont admissibles à une protection en vertu de leur régime provincial.

Pour avoir droit aux services assurés, un bénéficiaire et ses personnes à charge doivent s'inscrire. Après s'être inscrites, les personnes admissibles reçoivent une carte d'assurance-santé et hospitalisation du Nouveau-Brunswick qui porte leur nom, adresse, date de naissance et leur numéro d'assurance-santé. Cette carte doit être produite lorsque des services sont requis auprès d'un médecin ou d'un établissement médical.

Régime de soins médicaux:

En ce qui concerne le régime de soins médicaux, la situation est la même que pour le régime d'assurance-hospitalisation.

TRANSFÉRABILITÉ: (Cf. Article 11)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Une personne a droit de devenir bénéficiaire du régime le premier jour du troisième mois suivant le mois de son arrivée dans la province, lorsqu'elle vient d'une autre province. Les groupes suivants peuvent être admissibles aux services assurés dès le premier jour lorsque la résidence à plein temps au Nouveau-Brunswick est établie: membres des Forces armées canadiennes; membres de la G.R.C.; détenus de pénitenciers à leur libération au Nouveau-Brunswick, conjoints non canadiens de citoyens canadiens qui établissent résidence au Canada pour la première fois; immigrants reçus; Canadiens rapatriés; Canadiens et immigrants reçus revenant au pays; citoyens canadiens établissant résidence au Canada pour la première fois.

Une personne admissible peut être "temporairement" absente de la province à des fins de vacances, de visites ou d'affaires, mais cette absence ne doit pas dépasser 12 mois consécutifs, à moins qu'elle ne soit approuvée par le directeur du régime d'assurance-santé.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

Le paiement pour les services aux malades hospitalisés se fait selon le taux approuvé par le régime d'assurance-

hospitalisation de la province concernée. Le paiement pour les services en consultation externe se fait au taux normalisé établi à l'égard de ces services par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement. Le paiement peut se faire à la personne directement ou à l'établissement où les soins ont été fournis; s'il existe un accord réciproque entre les provinces, le Nouveau-Brunswick effectue le paiement à la province.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Les services aux malades hospitalisés offerts au Nouveau-Brunswick sont payés selon un tarif global, calculé sur la moyenne des coûts facturés par les trois plus importants hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Le paiement pour les services aux malades hospitalisés non offerts dans la province est calculé d'après le tarif moyen d'hospitalisation en salle de trois grands hôpitaux canadiens, choisis par le Directeur médical.

Les services de consultation externe sont payés au taux normalisé établi par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement à l'égard des services en consultation externe.

Le paiement pour des services assurés reçus à l'étranger se fait en devises canadiennes.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Les résidents assurés qui déménagent de façon permanente ailleurs au Canada sont couverts ou assurés jusqu'au dernier jour du second mois qui suit le mois d'arrivée dans la nouvelle province.

Régime de soins médicaux:

Dans le cas du régime de soins médicaux, les règles sont les mêmes que pour le régime d'assurance-hospitalisation.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

Les services assurés qui ne sont pas offerts au Nouveau-Brunswick sont payés au taux de la province d'accueil. Les services offerts dans la province sont payés au taux du Nouveau-Brunswick.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Les services faisant partie de la liste des services non disponibles au Nouveau-Brunswick sont payés selon le montant prévu par le régime de services médicaux de la province de l'Ontario ou par celui de la province de Québec, à la discrétion du Directeur médical. Les services offerts au Nouveau-Brunswick sont payés au taux prévu par le barème provincial des honoraires des soins médicaux.

Le paiement pour les services assurés reçus hors du Canada se fait en devises canadiennes.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

En ce qui concerne le régime de soins médicaux, les règles sont les mêmes que pour le régime d'assurance-hospitalisation.

ACCESSIBILITÉ: (Cf. Article 12)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Les personnes ayant en leur possession la carte d'assurance-santé et d'hospitalisation du Nouveau-Brunswick ont droit de recevoir les services assurés.

Il n'y a pas de frais modérateurs imposés pour les services d'hospitalisation. Cependant le coût des services de consultation externe est de 6,00 $ par jour ou de 3,00 $ par jour pour les personnes qui reçoivent l'assistance sociale ou qui nécessitent les services d'inhalothérapie. Les personnes âgée de soixante-cinq ans et plus sont exemptes. Les statistiques des hôpitaux pour 1984-1985 sont les suivantes: nombre de jours-patients 1 732 762; nombre d'admissions - 125 333; nombre de congés 125 004; nombre de visites pour des soins d'urgence - 823 939.

Paiement aux hôpitaux - 12(1)(d)

Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick se voient confier un budget annuel global pour fournir les services approuvés. Les versements sont faits aux hôpitaux tous les deux mois. Les dépenses totales au titre des services hospitaliers assurés reçus dans la province et hors de la province se sont élevées à 343 919 000 $ en 1984-1985.

Régime de soins médicaux:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Les personnes en possession d'une carte d'assurance-santé et d'hospitalisation du Nouveau-Brunswick sont admissibles aux services assurés. Au cours de l'exercice 1984-1985, les médecins généralistes et spécialistes de la province ont effectué 4 080 672 prestations en vertu des modalités de rémunération à l'acte. Les médecins de l'extérieur de la province ont effectué 122 368 prestations, pour un total de 4 203 040 prestations.

Mode de paiement - 12(1)(b)

Les médecins doivent présenter une demande de paiement contenant l'information requise sur le patient et les services fournis. Un médecin qui désire exercer sa profession en vertu de la Loi sur le paiement des services médicaux doit en faire la demande au Ministre. Le désengagement sélectif qui est permis sur une base individuelle entraîne une légère augmentation du taux de surfacturation.

Rémunération raisonnable - 12(1)(c)

La rémunération des médecins est fondée sur le barème des honoraires de la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Le tarif pour les services qui ne figurent pas dans ce barème est établi par le Directeur du régime de soins médicaux en consultation avec la Société. En 1984-1985, les paiements faits aux médecins généralistes et spécialistes de la province en vertu des modalités de rémunération à l'acte se sont élevés à 79 494 821 $. Les paiements fait à des médecins de l'extérieur de la province se sont élevés à 4 226 319 $, pour un total de 83 721 140 $.

QUÉBEC

GESTION PUBLIQUE: (Cf. Article 8)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Le régime d'assurance-hospitalisation du Québec est géré sans but lucratif par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les livres et les comptes sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

Régime de soins médicaux:

La Loi sur l'assurance-maladie du Québec est gérée sans but lucratif par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, un organisme public établi par le gouvernement provincial et responsable auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les livres et les comptes de la Régie sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

INTÉGRALITÉ: (Cf. Article 9)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Le réseau d'établissements régi par le ministère de la Santé et des Services sociaux comprend les centres hospitaliers et certains centres locaux de services communautaires.

Deux classes de centres hospitaliers sont établis pour le traitement des maladies physiques et mentales; les centres hospitaliers qui procurent des soins de courte durée ainsi que les soins aux convalescents; et les centres hospitaliers de soins de longue durée qui assurent des soins continus pour une période moyenne supérieure à 90 jours.

Les services assurés sont dispensés dans les unités d'hospitalisation des centres hospitaliers de courte et de longue durée tandis que les services assurés en consultation externe sont dispensés dans les centres hospitaliers de courte durée.

Les services assurés aux malades hospitalisés comprennent: l'hébergement en salle, les repas, les soins infirmiers, les services diagnostiques et thérapeutiques, l'usage des salles d'opération, les médicaments, les prothèses ou orthèses, les produits biologiques, la radiothérapie, la physiothérapie et les services du personnel hospitalier.

Les services de consultation externe comprennent: les services psychiatriques cliniques soit la thérapie électroconvulsive, l'insulinothérapie et la thérapie portant sur le comportement; les soins d'urgence, la chirurgie mineure; la radiothérapie; les services diagnostiques; la physiothérapie et les services d'examens exigés par une loi du Québec.

Régime de soins médicaux:

Les services assurés par ce régime incluent: les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins; les services de chirurgie buccale rendus dans un centre hospitalier par les dentistes et les services optométriques.

En plus des services de base assurés, le régime couvre aussi les services optométriques, les soins dentaires pour les enfants de moins de 16 ans; les soins et prothèses dentaires pour les assistés sociaux; les prothèses; appareils orthopédiques ainsi que leurs accessoires; les prothèses mammaires, occulaires; les appareils auditifs; les appareils pour ostomies; les médicaments pour les personnes âgées de 65 ans et plus et pour les bénéficiaires de l'assistance sociale.

UNIVERSALITÉ: (Cf. Article 10)

Régime d'assurance-hospitalisation:

L'inscription à l'assurance-hospitalisation n'est pas nécessaire. L'inscription au régime d'assurance-maladie ou une preuve de résidence suffisent pour établir l'admissibilité. Le régime n'exige pas de versement de primes.

Régime de soins médicaux:

Toute personne domiciliée au Québec doit être inscrite à la Régie de l'assurance-maladie pour être admissible aux programmes du régime d'assurance-maladie. Le régime n'exige pas de versement de primes.

TRANSFÉRABILITÉ: (Cf. Article 11)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province où existe un régime équivalent devient bénéficiaire du régime d'assurance-maladie du Québec lorsque cessent les bénéfices de la province d'origine.

Les personnes temporairement absentes de la province, e.g. les étudiants, stagiaires, fonctionnaires, les employés d'un organisme sans but lucratif ayant son siège social au Canada et qui travaillent à l'étranger dans un programme reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les personnes absentes pour moins de 12 mois consécutifs ou plus de 12 mois avec préavis à la Régie, maintiennent leur bénéfices.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

Les coûts des services hospitaliers reçus par un bénéficiaire temporairement absent du Québec sont défrayés selon les termes de l'entente réciproque établie entre les provinces et territoires du Canada, soit au niveau établi pour hospitalisation en salle et approuvé par la province/territoire d'accueil, ou au niveau tarifaire interprovincial approuvé pour les services de consultation externe.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Les coûts des services hospitaliers et de consultation externe d'urgence reçus par un bénéficiaire temporairement absent du Québec sont remboursés par la Régie jusqu'à concurrence de 700,00 $ plus 50 pour cent des frais excédant ce montant.

Pour certains bénéficiaires, e.g. étudiants, stagiaires, fonctionnaires, employés d'organismes à but non lucratif, résidant temporairement à l'étranger, le tarif de remboursement est de 100 pour cent pour les services hospitaliers d'urgence et de 75 pour cent pour les services facultatifs.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Une personne qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province du Canada demeure bénéficiaire pour la période d'attente ou jusqu'à concurrence de trois mois.

Une personne qui quitte le Québec pour s'établir dans un autre pays cesse, dès son départ, d'être bénéficiaire.

Régime de soins médicaux:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province où existe un régime équivalent devient bénéficiaire du régime d'assurance-maladie du Québec lorsque cessent les bénéfices de la province d'origine. Les bénéfices du régime médical sont sujets à l'inscription au régime d'assurance-maladie.

Les personnes temporairement absentes de la province, e.g. les étudiants, stagiaires, fonctionnaires, les employés d'un organisme sans but lucratif ayant son siège social au Canada et qui travaillent à l'étranger dans un programme reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les personnes absentes pour moins de 12 mois consécutifs ou plus de 12 mois avec préavis à la Régie, maintiennent leurs bénéfices.

Paiement des services dispensés au Canada 11(1)(b)(i)

Les coûts des services médicaux reçus par un bénéficiaire temporairement absent du Québec sont remboursés au moindre montant, soit le montant effectivement payé, ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Le plein montant peut être remboursé où les services ne sont pas disponibles au Québec et sont obtenus sur recommandation de deux médecins et avec l'approbation de la Régie.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Les mêmes conditions s'appliquent aux modalités de paiement pour les services médicaux reçus au Canada et à l'étranger.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Les mêmes conditions s'appliquent au régime médical et au régime d'assurance-hospitalisation.

ACCESSIBILITÉ: (Cf. Article 12)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Accès satisfaisant 12(1)(a)

Toute personne a droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte.

Les frais imposés pour les soins de convalescence/ réadaptation dans les établissements de soins de longue durée, appliqués au cours des neuf derniers mois de l'année 1984-1985 ont été révoqués à la fin de la période qui intéresse ce rapport.

Paiement aux hôpitaux 12(1)(d)

Le contrat établi entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et un centre hospitalier pourvoit à des paiements par le ministre au centre hospitalier en rapport avec le coût des services assurés fournis. Les paiements effectués en 1984-1985 aux hôpitaux de la province et de l'extérieur pour les services de santé assurés se sont élevés à environ 4,0 milliards de dollars.

Régime de soins médicaux:

Accès satisfaisant 12(1)(a)

Les médecins du Québec ne pratiquent pas la surfacturation.

La plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial mais la Loi sur l'assurance-maladie permet deux autres options, soit: celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu à une entente; celle des professionnels non-participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime,

de sorte que ni eux ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie sauf en cas de services d'urgence.

Mode de paiement 12(1)(b)

Les professionnels (médecins) sont rémunérés selon les tarifs prévus. Les professionnels désengagés sont rémunérés directement par le patient selon le tarif prévu. Le patient est remboursé par la Régie. Les professionnels non-participants sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé par le professionnel.

Les paiements effectués au cours de l'année financière 1984-1985 pour les services dispensés aux résidents du Québec par les médecins, dentistes et autres professionnels de la santé de la province et de l'extérieur se sont élevés à environ 1,2 milliard de dollars.

Rémunération raisonnable 12(1)(c)

La rémunération raisonnable pour tous les services assurés de santé dispensés par les médecins et les dentistes est assurée par la Loi sur l'assurance-maladie. Le Ministre peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé. Cette entente peut prévoir un taux de rémunération différent pour la fourniture des services médicaux dans un territoire où les effectifs de la santé sont considérés insuffisants. Elle peut aussi prévoir un taux de rémunération différent pour les médecins durant les premières années d'exercice de leur profession en spécialité selon le territoire ou l'activité en cause. Ces provisions font suite à la consultation avec les organismes représentatifs des groupes professionnels.

ONTARIO

Le régime d'assurance-santé de l'Ontario est un régime combiné d'assurance des soins hospitaliers, des soins médicaux et des services complémentaires de santé.

GESTION PUBLIQUE: (Cf. Article 8)

Le régime ontarien d'assurance-santé est géré sans but lucratif par une unité administrative du ministère de la Santé, créée, en vertu de la Loi sur l'assurance-santé, aux fins d'offrir une assurance contre les coûts des services offerts dans les hôpitaux et les établissements de soins, par des médecins ou d'autres professionnels de la santé. Les comptes et opérations financières sont vérifiés par le Vérificateur provincial et sont publiés dans les Comptes publics de l'Ontario.

INTÉGRALITÉ: (Cf. Article 9)

Les services hospitaliers aux malades hospitalisés assurés sont les suivants: l'hébergement en salle et les repas; les services infirmiers nécessaires; les épreuves de laboratoire, les examens radiologiques et les autres démarches diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'utilisation des salles d'opération, d'obstétrique et d'accouchement, et des installations d'anesthésie. La plupart des services en consultation externe sont assurés, y compris: les épreuves de laboratoire, les examens radiologiques et les autres démarches diagnostiques; l'utilisation des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie; et des services de consultation en matière d'alimentation. Les programmes de dialyse rénale à domicile et de suralimentation, ainsi que les programmes pour hémophiles, sont également assurés.

Les services hospitaliers non assurés comprennent: les frais additionnels pour une chambre privée ou semi-privée, à moins qu'une telle chambre n'ait été prescrite par un médecin; les coûts de services infirmiers privés; et les visites à l'hôpital, dans les limites de la province, uniquement pour l'administration de médicaments autres qu'un sérum antirabique.

En plus des services hospitaliers assurés, l'Ontario assure également les services de santé mentale, y compris les services des hôpitaux phychiatriques provinciaux et les services ambulanciers.

En Ontario, les programmes complémentaires de santé comprennent les soins prolongés offerts dans les maisons d'hébergement pour personnes âgées, la composante résidentielle du programme de Foyers de soins spéciaux (Homes for Special Care) et le programme de soins à domicile pour malades aigus et chroniques. Les dispositions de la Loi canadienne sur la santé concernant les frais modérateurs ne s'appliquent pas à ces programmes.

Les services médicaux assurés comprennent tous les services médicalement nécessaires offerts par des médecins. Les services de médecin assurés qui sont offerts dans des établissements, au cabinet ou à domicile comprennent: le diagnostic et le traitement des troubles d'ordre médical; les examens médicaux et les épreuves; les interventions chirurgicales; les services de maternité; l'anesthésie; les services de radiologie et de laboratoire dans des installations approuvées; l'immunisation, les injections et les tests.

Les services de chirurgie dentaire assurés comprennent; les extractions; le traitement des blessures; les incisions; l'excision de tumeurs et de kystes; le traitement des fractures; les homogreffes; les implants et les reconstructions faites à l'aide de matériel étranger à l'organisme humain dans un hôpital.

Les services assurés comprennent également les examens oculo-visuels faits par des optométristes et certains services diagnostiques et thérapeutiques fournis par des chiropraticiens et des podiatres.

Les services non assurés comprennent: la préparation de dossiers, de rapports, de certificats et de communications; les témoignages devant les tribunaux; les lunettes, les prothèses, les appareils orthopédiques et les aides, sauf ceux mentionnés dans le Programme d'appareils et de prothèses; les frais de transport; les examens médicaux aux fins d'un emploi, d'une assurance-vie ou d'une admission à un camp ou à des activités récréatives; la chirurgie à des fins cosmétiques; l'acuponcture et les tests phychologiques.

L'Ontario finance également un programme d'assurance-médicaments pour les personnes âgées et cette province assure, dans une certaine mesure, les services de chiropraticiens, d'ostéopathes, de podiatres, d'optométristes et de cliniques de physiothérapie.

UNIVERSALITÉ: (Cf. Article 10)

Toutes les personnes, sauf les membres de la Gendarmerie royale du Canada, les membres des Forces armées canadiennes et les détenus des pénitenciers, dont le domicile se trouve en Ontario et qui s'y trouvent habituellement ont droit aux services assurés après un certain délai de carence (voir l'article sur la transférabilité).

Tous les résidents de l'Ontario doivent s'inscrire et inscrire les personnes à leur charge, de même que verser les cotisations exigées. Les résidents de l'Ontario ont droit selon des modalités uniformes à tous les services assurés, soit les services hospitaliers, médicaux et dentaires dispensés dans un hôpital pour lesquels le gouvernement fédéral verse des contributions.

Les résidents de 65 ans et plus, leur conjoint et les personnes qui sont à leur charge n'ont pas à payer de cotisations. Les résidents qui ont besoin d'une aide financière peuvent être exemptés de payer leur cotisation ou recevoir une aide pour la payer.

TRANSFÉRABILITÉ: (Cf. Article 11)

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Les résidents ont droit aux services assurés dans les trois mois qui suivent leur arrivée dans la province et après qu'ils aient payé leur cotisation.

Les personnes suivantes ont droit aux services assurés, après paiement de la première cotisation, du moment que celle-ci a été versée dans les délais imposés pour chaque catégorie: les personnes provenant d'une autre province, qui ont cessé d'être admissibles au titre de leur régime provincial d'assurance-santé; les membres des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada rendus à la vie civile; les détenus libérés; les missionnaires qui rentrent au Canada; les étudiants qui rentrent

au Canada dans les douze mois suivant leur départ; les immigrants reçus; et les étudiants étrangers inscrits dans un établissement d'enseignement ontarien pour plus d'un an.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

L'Ontario a conclu des accords réciproques avec toutes les autres provinces ou les territoires pour le paiement des services assurés fournis aux malades hospitalisés et en consultation externe. En ce qui concerne les malades hospitalisés, le taux payé est le taux prévu par le régime de la province où le malade a été hospitalisé. Pour ce qui concerne les consultations externes, l'Ontario paie les frais normalisés autorisés par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement.

Le taux payé pour les services de médecin assurés est le même que pour des services équivalents en Ontario. L'Ontario est en faveur de l'utilisation de la formule normalisée de réclamation pour la facturation des frais médicaux.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Pour les soins hospitaliers d'urgence ou les soins hospitaliers facultatifs non offerts au Canada, l'Ontario paie 100% du taux standard pour séjour en salle commune à l'hôpital qui a fourni les soins en question. Pour les soins hospitaliers facultatifs qui sont offerts au Canada, l'Ontario paie 75% du taux pour séjour en salle commune.

Pour les services médicaux et dentaires assurés reçus à l'extérieur du Canada, la province paie jusqu'à concurrence du montant qu'elle aurait payé pour des services semblables offerts en Ontario.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Un résident qui quitte l'Ontario pour s'établir dans une autre province du Canada demeure bénéficiaire de l'Ontario pour la période d'attente précédant l'entrée en vigueur du régime de la province de résidence, ou jusqu'au premier jour du quatrième mois après le départ.

ACCESSIBILITÉ: (Cf. Article 12)

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Toutes les personnes assurées ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés pour lesquels le gouvernement fédéral verse des contributions. Aucun résident ne peut se voir refuser des services de santé assurés parce qu'il est une personne nécessiteuse.

En Ontario, les hôpitaux publics doivent accepter les personnes admises à l'hôpital par un médecin. En conformité avec l'article 19(2) de la Loi canadienne sur la santé, les frais modérateurs imposés aux malades atteints de maladie chronique et qui séjournent de façon plus ou moins permanente dans un hôpital sont autorisés.

Le nombre adéquat de médecins qui exercent en Ontario assurent un accès satisfaisant aux services médicaux. En 1984, le rapport médecin-résident était de 1 pour 515. Pour les médecins désengagés la surfacturation est autorisée et le patient est remboursé directement par le régime d'assurance-santé selon le barème de tarifs établis. Les personnes peuvent composer un numéro de libre appel pour obtenir le nom de médecins qui participent au régime ontarien. En outre, les médecins qui demandent des honoraires supérieurs à ceux mentionnés dans le barème des tarifs du régime d'assurance-santé de l'Ontario doivent informer les malades du montant excédentaire qu'ils vont leur demander, avant de dispenser les services.

Un Programme des services aux régions sous-desservies vise à assurer aux résidents des régions rurales ou éloignées de la province un meilleur accès aux services de médecins.

Mode de paiement - 12(1)(b)

En Ontario, les médecins sont payés à l'acte et selon un barème d'honoraires adopté pour le corps médical par le Comité mixte de la rémunération des médecins.

À l'heure actuelle, les médecins peuvent choisir de participer au régime et de facturer ce dernier pour tous leurs services ou de ne pas participer au régime et de facturer le malade pour tous les services fournis. De façon générale, la surfacturation est réservée aux médecins

qui ont décidé de ne pas participer au régime. En Ontario, les médecins non participants peuvent facturer directement le régime d'assurance-santé de l'Ontario pour les services fournis à certains groupes de malades et par l'entremise d'un groupement médical pour les services fournis dans des hôpitaux publics, des maisons d'hébergement et d'autres établissements. Dans ces cas, lorsqu'ils ont reçu le paiement du régime d'assurance-santé de l'Ontario, les médecins doivent se considérer comme payés en totalité. Les paiements aux médecins dentistes et autres professionnels de la santé se sont élevés à 2,2 milliards de dollars pour l'année financière 1984-1985.

Rémunération raisonnable - 12(1)(c)

Le Comité mixte de la rémunération des médecins se compose de membres de l'Association médicale et du gouvernement provincial. On tente d'en arriver à des accords concernant les rajustements globaux au barème des honoraires du régime d'assurance-santé de l'Ontario qui soient acceptables pour les deux parties. Cependant, en cas d'impasse, on a recours aux services d'un président neutre et d'enquêteurs.

Paiement aux hôpitaux - 12(1)(d)

Les hôpitaux généraux publics de la province sont payés sur une base budgétaire, qui comprend tous les coûts raisonnables des services assurés. Le système budgétaire ontarien est un système de remboursement prospectif prévoyant une augmentation annuelle des subventions pour tenir compte: de l'inflation, de l'accroissement de la charge de travail, de l'introduction de nouveaux programmes approuvés et de l'accroissement des coûts par suite de la croissance de certains programmes de maintien de la vie. Les hôpitaux reçoivent des versements deux fois par mois.

Pour les services assurés dispensés aux bénéficiaires de l'Ontario en 1984-1985, l'Ontario a versé un montant évalué à 4,2 milliards de dollars aux hôpitaux et établissements de la province et un montant évalué à 73,2 millions de dollars pour les services hospitaliers hors province.

MANITOBA

Le régime de services de santé assurés du Manitoba (Manitoba Health Services Insurance) est un régime combiné qui s'étend aux services de soins hospitaliers, de soins médicaux et de soins complémentaires.

GESTION PUBLIQUE: (Cf. Article 8)

Le programme des services de santé assurés du Manitoba est géré par la Commission des services de santé du Manitoba, organisme à but non lucratif créé par le gouvernement en vertu de la Loi sur l'assurance-santé. Ce régime s'étend aux services hospitaliers, aux services médicaux et aux autres services de santé.

La Commission doit soumettre au ministre de la santé un rapport annuel incluant un bilan vérifié ainsi qu'un état vérifié des revenus et dépenses d'exploitation.

INTÉGRALITÉ: (Cf. Article 9)

Les services hospitaliers assurés sont les suivants: l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires, les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic; les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures ordinaires de chirurgie; les services de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie. La plupart des services en consultation externe sont assurés.

Dans certains cas, l'hôpital peut facturer les fournitures de médicaments et de pansements que les malades apportent à domicile.

Les services hospitaliers non assurés incluent: les frais additionnels occasionnés par le choix d'un mode d'hébergement plus coûteux; les soins privés d'une infirmière; les services personnels tels que télévision, radio, téléphone, etc.; les actes de laboratoire et de radiologie exécutés dans des établissements non approuvés par la Commission.

Quoique ces services ne soient pas requis en vertu de la Loi canadienne sur la santé, le régime offre aussi des bénéfices aux personnes résidant dans des établissements de soins personnels. Les bénéfices de ce programme comprennent: l'hébergement en salle; les repas incluant les diètes spéciales et thérapeutiques; les soins infirmiers nécessaires; les fournitures médicales et chirurgicales ordinaires; les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes approuvés par le régime; les services de physiothérapie, d'ergothérapie; les services de buanderie, de lingerie ainsi que tous les autres produits et services approuvés par le régime. Le tarif établi pour les résidents des établissements de soins personnels était de 14,80 $ par jour au 31 mars 1985.

Sont assurés les services suivants dispensés par un médecin dans un établissement, au bureau du médecin ou à la résidence du patient: les services de diagnostic et de traitement des infections et maladies; les examens et tests médicaux; les actes chirurgicaux; les services de maternité; les services d'anesthésie; les services de laboratoire et de radiologie dispensés dans un établissement approuvé; les services d'immunisation, d'injection et de tests. Les services dentaires assurés, qui doivent être dispensés dans un hôpital et par un chirurgien dentiste autorisé ou par un chirurgien buccal autorisé, incluent: le retrait, par intervention chirurgicale, de dents enclavées; le retrait, par intervention chirurgicale, de toute dent, quand l'intervention ne peut se faire qu'à l'hôpital; la réfection chirurgicale de traumatismes à des tissus mous dans et autour de la bouche; et, dans les cas d'urgence ou à la demande spéciale du médecin, les services d'un médecin exécutant une réduction à peau fermée d'une fracture du mandibule ou du maxillaire, ou d'une personne participant à cette intervention.

Les services médicaux non assurés incluent: les examens et rapports faits pour des motifs reliés à un emploi, à une assurance, à la fréquentation d'une université, etc., ou à la demande d'une tierce partie; les services d'immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s'ils sont autorisés par la Commission; les soins qu'un médecin se dispense à lui-même ou qu'il dispense à des personnes à sa charge; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications; les

frais associés à des déplacements, tant pour ce qui est des distances parcourues que du temps requis; les avis donnés par téléphone ou les témoignages faits devant des tribunaux; les services de psychologues, de médecins naturistes, de podiatres et d'autres praticiens dont les services ne sont pas mentionnés dans la loi.

UNIVERSALITÉ: (Cf. Article 10)

Tous les résidents, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, qui élisent domicile et habitent ordinairement au Manitoba, sont admissibles aux services de santé assurés sous réserve d'un délai minimal de carence (voir l'article sur la transférabilité). Tous les résidents du Manitoba doivent s'inscrire eux-mêmes et inscrire les personnes à leur charge au régime. Tous les services assurés, qu'ils soient hospitaliers, médicaux ou dentaires dispensés à l'hôpital, auxquels sont assorties des contributions fédérales, sont offerts aux résidents du Manitoba selon des modalités uniformes.

TRANSFÉRABILITÉ: (Cf. Article 11)

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Les personnes qui arrivent au Manitoba en provenance d'une autre province deviennent admissibles aux services assurés le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée dans la province. Quant aux personnes qui arrivent au Manitoba en provenance de l'étranger, elles sont admissibles à compter de leur arrivée au Manitoba.

Les personnes qui quittent temporairement la province peuvent continuer d'être assurées pendant une période pouvant aller jusqu'à douze mois.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

Le Manitoba a conclu avec toutes les autres provinces et avec les territoires des accords de facturation réciproque pour les services hospitaliers et de consulta-

tion externe assurés. Pour les hospitalisés, les paiements s'établissent au montant que prévoit le régime de la province d'accueil. Pour les services en consultation externe, le Manitoba paie les frais normalisés pour services en consultation externe autorisés par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement.

Les paiements des services de médecin assurés sont établis au montant prévu par le régime de la province où ces services sont reçus (taux de la province d'accueil). Ceci constitue un changement aux règlements du Manitoba, adopté en 1984, pour se conformer à la Loi canadienne sur la santé. La province estime que cette modification se traduira pour elle par des coûts excédant 300 000 $ pour la période du 1er juillet 1984 au 30 juin 1985.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Les paiements accordés pour des services de soins hospitaliers d'urgence ou de soins hospitaliers qui, de l'avis de la Commission, n'auraient pas pu être offerts adéquatement au Manitoba, sont établis au plus élevé des deux montants suivants: montant équivalent à 75 pour cent des frais d'hôpital pour les services en question ou montant établi en fonction d'un taux quotidien moyen basé sur le coût de services équivalents dans des hôpitaux du Manitoba d'importance comparable. Dans le cas de bénéficiaires se trouvant, de façon attestée, dans une situation financière difficile, la Commission peut verser des paiements plus élevés que la normale. Ordinairement, la Commission n'accorde aucun paiement pour des soins non urgents dispensés à l'étranger et disponibles au Manitoba.

Les services médicaux et dentaires assurés reçus à l'extérieur du Canada font l'objet de paiements jusqu'à concurrence du taux en vigueur au Manitoba, sous réserve qu'il s'agisse de services: requis à cause d'un accident ou d'une maladie soudaine; qui, de l'avis de la Commission, n'auraient pas pu être fournis de façon adéquate au Manitoba; offerts à une personne dont le nom apparaît sur un certificat étranger; ou offert à un résident assuré qui travaille ou étudie à l'étranger temporairement. Dans tous les autres cas, une autorisation doit être obtenue de la Commission.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Les résidents du Manitoba qui élisent domicile de façon permanente ailleurs au Canada continuent d'être admissibles aux services assurés jusqu'au dernier jour du deuxième mois suivant le mois de leur arrivée dans leur nouveau lieu de résidence. Le Manitoba a conclu avec toutes les autres provinces et avec les territoires des ententes de facturation réciproque afin d'éviter qu'il y ait rupture de la période d'admissibilité aux services médicaux et hospitaliers requis.

Les résidents du Manitoba qui déménagent à l'étranger sont admissibles aux services assurés jusqu'au dernier jour du deuxième mois suivant la date de leur départ du Manitoba.

ACCESSIBILITÉ: (Cf. Article 12)

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Tous les assurés ont droit à tous les services médicaux et hospitaliers assurés auxquels sont assorties des contributions fédérales.

Le Manitoba affirme offrir un dossier qui se compare favorablement à la moyenne nationale pour ce qui est des lits d'hôpitaux disponibles, y compris les lits des hôpitaux d'enseignement.

Le Manitoba déclare en outre présenter un dossier qui se compare favorablement à la moyenne nationale pour ce qui est du nombre de résidents par médecin. Des mesures d'incitation sont présentement appliquées afin d'attirer des médecins dans les régions rurales ou vers certaines spécialités où il y a pénurie de personnel qualifié; toutefois, le Comité permanent de la main-d'oeuvre médicale continue d'étudier la question.

Mode de paiement - 12(1)(b)

Les paiements faits aux hôpitaux généraux publics de la province sont établis selon un budget tenant compte de tous les coûts raisonnables des services assurés.

Les paiements faits aux médecins de la province sont basés sur un barème d'honoraires faisant l'objet de négociations annuelles entre le gouvernement et l'Association médicale du Manitoba.

Au cours de l'année pour laquelle on dispose de données et antérieurement à l'entente récente avec l'Association, la surfacturation était permise.

En 1984-1985, les dépenses de la Commission au chapitre des soins médicaux se sont établies à 188 789 000 $. Ces dépenses incluent les services médicaux rémunérés à l'acte, les salaires, les services de laboratoire privé, les services de radiologie, ainsi que les services de chirurgie buccale, dentaire et péridontique.

Rémunération raisonnable - 12(1)(c)

Récemment, la Commission a conclu avec l'Association médicale du Manitoba une entente prévoyant pour une période d'essai de trois ans le règlement par arbitrage des augmentations des honoraires au cas où la Commission et l'Association médicale ne parviendraient pas à s'entendre sur des honoraires jugés acceptables de part et d'autre.

Les honoraires des services dentaires assurés sont négociés avec l'Association dentaire du Manitoba.

Paiement aux hôpitaux - 12(1)(d)

Les dépenses totales de la Commission au chapitre des services hospitaliers se sont établies pour l'année financière 1984-1985 à 581 724 000 $. Cette somme se ventile comme suit: 1 092 000 $ versés à des hôpitaux fédéraux; 10 046 000 $ versés à des établissements sous contrat et aux services de transfusion de la Croix Rouge; 11 044 000 $ versés à des hôpitaux de l'extérieur de la province; et 559 542 000 $ versés à des hôpitaux généraux publics.

SASKATCHEWAN

GESTION PUBLIQUE: (Cf. Article 8)

Régime d'assurance-hospitalisation:

En Saskatchewan, le ministère provincial de la Santé assure la gestion à but non lucratif du régime provincial de services hospitaliers (Saskatchewan Hospital Services Plan). Ce Ministère est responsable devant le gouvernement provincial par l'intermédiaire du ministre de la Santé. Le Fonds d'hospitalisation de la Saskatchewan, par le truchement duquel le régime est financé, fait l'objet d'une vérification annuelle par le Vérificateur provincial qui soumet un rapport au ministre de la Santé, rapport qui est ensuite déposé devant l'Assemblée législative de la province.

Régime de soins médicaux:

La Commission d'assurance-soins médicaux de la Saskatchewan gère, suivant une formule à but non lucratif, le régime provincial d'assurance-soins médicaux (Medical Care Insurance Plan). Cette Commission est responsable devant le gouvernement provincial par l'intermédiaire du ministre provincial de la Santé. Le Fonds d'assurance-soins médicaux fait aussi l'objet d'une vérification par le Vérificateur provincial.

INTÉGRALITÉ: (Cf. Article 9)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Dans le cadre du régime provincial de services hospitaliers, les hôpitaux de la Saskatchewan offrent un éventail complet de services assurés. Comptent parmi les services assurés: l'hébergement en salle commune; les services infirmiers nécessaires; l'usage des salles d'opération et d'accouchement; les pansements et plâtres ainsi que d'autres matériaux et fournitures chirurgicaux; les actes de laboratoire, de radiologie et autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires; les services de radiothérapie; les anesthésiques et l'usage des installations d'anesthésie; les services

de physiothérapie; et tous les autres services offerts par des personnes faisant partie du personnel rémunéré de l'hôpital; tous les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital et approuvés par le Ministre.

Dans le cadre du régime des services hospitaliers de la Saskatchewan, ne sont pas assurés, qu'ils soient offerts dans la province ou à l'extérieur de celle-ci, les services suivants: soins complémentaires de niveau IV; hébergement en chambre privée ou semi-privée, lorsque cet hébergement est choisi par le patient; services de personnes ne faisant pas partie du personnel de l'hôpital; soins de garde qu'ils soient offerts à l'hôpital ou au foyer du patient, ou soins et traitements offerts dans des établissements se spécialisant avant tout dans le traitement des troubles mentaux ou nerveux; traitements de chirurgie esthétique, sauf certaines exceptions; certains produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes; frais de déplacement (services d'ambulance), sauf les déplacements entre hôpitaux de la même ville en Saskatchewan; frais des usagers autorisés (coassurance) imposés par les hôpitaux de la Colombie-Britannique; les services fournis à l'extérieur du Canada pour le traitement du cancer et faisant appel à des médicaments ou à des thérapeutiques non approuvés au Canada; enfin, les médicaments et appareils que les patients apportent à domicile.

Le régime ne sert pas seulement au financement des services hospitaliers assurés, mais aussi, directement ou par le biais de subventions aux hôpitaux, à celui d'une variété d'autres organismes, programmes et activités incluant: la fondation du cancer de la Saskatchewan; la Société canadienne de la Croix Rouge; les cliniques communautaires; les services d'ostéopathie; et les installations de physiothérapie.

Les services complémentaires de soins de santé tels que les soins infirmiers à domicile, les foyers d'hébergement et les soins ambulatoires sont fournis par le ministère de la Santé.

Régime de soins médicaux:

Une gamme complète de services assurés est fournie par les médecins et les dentistes.

Sont notamment exclus du régime d'assurance-soins médicaux de la Saskatachewan, qu'il s'agisse de services offerts dans la province ou à l'extérieur de celle-ci: les frais de déplacement; les avis donnés au téléphone; les traitements chirurgicaux exécutés à des fins esthétiques, sauf quelques exceptions; les examens psychiatriques ou physiques faits aux fins d'un emploi, d'une assurance, d'un procès, etc.

En plus des services médicaux et dentaires assurés, le régime d'assurance-soins médicaux couvre aussi les visites et services de radiologie exécutés par les chiropraticiens ainsi que les examens de réfraction faits par les optométristes.

UNIVERSALITÉ: (Cf. Article 10)

Régime d'assurance-hospitalisation:

En vertu de la loi et des règlements en vigueur en Saskatchewan en matière d'assurance-hospitalisation (Saskatchewan Hospitalization Act and Regulations), tous les assurés ont droit de se prévaloir des services couverts par le régime. Ne sont admissibles aux services médicaux assurés que les résidents de la province, c'est-à-dire les personnes légalement autorisées à rester au Canada, qui sont domiciliées et qui résident ordinairement dans la province, ou encore toutes les personnes déclarées être des résidentes par le lieutenant-gouverneur en conseil. Pour être admissibles aux prestations, les résidents n'ont qu'à s'inscrire au régime. Aucune prime n'est perçue.

Ne sont pas admissibles au régime: les étudiants d'une autre province ou d'un territoire qui sont admissibles ou qui ont droit à des services dans leur propre province ou territoire; les membres de la Gendarmerie royale du Canada; les membres de l'effectif régulier des Forces armées canadiennes; et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral.

Régime de soins médicaux:

Le régime de soins médicaux s'applique suivant les mêmes règles que le régime d'assurance-hospitalisation.

TRANSFÉRABILITÉ: (Cf. Article 11)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Pour être admissibles aux services assurés, les résidents doivent satisfaire à une exigence de délai minimal de résidence n'excédant pas trois mois.

Néanmoins, sont admissibles aux services de santé assurés sans délai de résidence: les nouveau-nés; les enfants abandonnés; les enfants adoptés; les membres des Forces armées canadiennes rendus à la vie civile; les membres de la Gendarmerie royale du Canada qui quittent leurs fonctions; les prisonniers libérés sur parole ou remis en liberté après avoir purgé leur peine dans un pénitencier; les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans une prison provinciale (ou municipale); les immigrants reçus; les personnes hospitalisées dans un hôpital ou un établissement psychiatrique; et les personnes visées par la Loi de l'assistance de la Saskatchewan (Saskatchewan Assistance Act).

Un résident continue d'être admissible au régime pendant les périodes d'absence temporaire de la province sous réserve: d'être physiquement présent en Saskatchewan pendant au moins quatre mois chaque année; de fréquenter à plein temps un établissement d'enseignement situé à l'extérieur de la province et d'avoir l'intention de retourner vivre en Saskatchewan dans un délai de 60 jours suivant la fin de ses études; d'avoir un emploi à l'extérieur du Canada en vertu d'une entente contractuelle pour une période n'excédant pas 24 mois et d'avoir l'intention de retourner vivre en Saskatchewan une fois la période visée par le contrat terminée.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

Le régime d'assurance-hospitalisation prévoit le paiement des services hospitaliers assurés au taux de la province où ce service est fourni. Les hôpitaux de l'extérieur de la Saskatchewan utilisent une formule de réclamation uniforme pour facturer leurs services au régime d'assurance-hospitalisation de leur province, par le truchement duquel les services en question sont ensuite facturés au régime de services hospitaliers de la Saskatchewan.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Les services fournis à l'étranger, sous réserve d'être reconnus comme services hospitaliers assurés en Saskatchewan, sont couverts par le régime de la Saskatchewan au taux en vigueur dans la province. Les bénéficiaires peuvent verser eux-mêmes le paiement requis pour les services reçus ou obtenir que ces derniers soient facturés au régime des services hospitaliers de la Saskatchewan.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Les résidents qui s'en vont vivre de façon permanente à l'extérieur de la province ou du Canada continuent d'être admissibles au régime pendant le reste du mois au cours duquel s'effectue le déménagement, ainsi qu'au cours des deux mois qui suivent.

Régime de soins médicaux:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Le régime de soins médicaux est assujetti aux mêmes règles que le régime d'assurance-hospitalisation.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

En vertu du régime d'assurance-soins médicaux de la Saskatchewan, les services médicaux assurés font l'objet d'un paiement établi au montant qui s'appliquerait si le service était fourni par un médecin de la Saskatchewan. Les médecins de l'extérieur de la province peuvent facturer le régime en utilisant à cette fin la formule de réclamation uniforme ou encore facturer directement le patient, qui devra alors s'adresser au régime de la Saskatchewan pour être remboursé.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Les services médicaux d'urgence font l'objet de paiements établis aux montants approuvés en Saskatchewan. Ce montant peut être versé au patient ou au médecin, une fois les documents requis fournis au régime.

Les services de médecins non offerts en Saskatchewan peuvent être couverts exceptionnellement par le régime, sous réserve que la Commission ait reçu à l'avance un avis à cet effet de la part d'un médecin spécialiste et qu'elle convienne que les services en question ne sont pas disponibles dans la province. Les paiements sont établis à un montant jugé juste et raisonnable par la Commission.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Le régime de soins médicaux est assujetti aux mêmes règles que le régime d'assurance-hospitalisation.

ACCESSIBILITÉ: (Cf. Article 12)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

La Saskatchewan est d'avis que les résidents de la province ont un accès satisfaisant aux services hospitaliers. La province compte 134 hôpitaux offrant des soins en établissement et externes largement accessibles partout dans la province. Les services hospitaliers ne font l'objet d'aucuns frais d'utilisation.

Paiement aux hôpitaux - 12(1)(d)

La loi autorise le ministre de la Santé à faire des paiements aux hôpitaux. Le régime prévoit le versement de paiements semi-mensuels établis sur la base du coût estimatif raisonnable des services assurés fournis par chaque hôpital au cours de l'année financière.

Au cours des douze mois se terminant le 31 mars 1985, un montant total de 388 068 838 $ a été versé aux hôpitaux de la province pour les services hospitaliers et 52 193 877 $ pour les services de consultation externe. En raison des ententes réciproques les hôpitaux de la Saskatchewan ont reçu 4 855 089 $ pour les services hospitaliers et de consultation externe dispensés à des résidents d'autres provinces. En 1984-1985, la Saskatchewan a versé un montant de 16 634 627 $ pour les services de santé assurés dispensés à ses résidents à l'extérieur de la province.

Régime de soins médicaux:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

La Saskatchewan estime que les résidents de la province ont un accès satisfaisant aux services des médecins. La province compte plus de 1 082 médecins pratiquants. Au cours de l'année pour laquelle on dispose de données, certains médecins pratiquaient la surfacturation en Saskatchewan, mais cette pratique n'a plus cours maintenant, des mesures législatives ayant été prises pour l'interdire.

Mode de paiement - 12(1)(b)

Le paiement des services médicaux et dentaires assurés se fait suivant une formule de rémunération à l'acte, conformément au barème et aux règles d'évaluation de la Commission d'assurance-soins médicaux.

Rémunération raisonnable - 12 (1)(c)

Parallèlement à l'adoption de mesures législatives interdisant la pratique de la surfacturation, il a été proposé de modifier la méthode d'établissement d'une rémunération raisonnable pour les médecins. En vertu des mesures proposées, le ministre de la Santé et l'Association médicale de la Saskatchewan doivent essayer d'en venir à une entente sur la somme qui doit être débloquée pendant la période d'application de l'entente et sur les ajustements à apporter aux taux généraux des paiements au titre des services médicaux assurés tels qu'établis dans le barème des paiements des soins médicaux. Par ailleurs, les mesures législatives proposées prévoient la création d'un Comité de révision de la rémunération des médecins, advenant l'impossibilité pour le comité d'en arriver à une entente.

Pour l'année financière se terminant le 31 mars 1985, les dépenses de la Commission au chapitre des soins assurés se sont établis à 149 982 289 $ pour les services des médecins et à 720 396 $ pour les dentistes.

ALBERTA

GESTION PUBLIQUE: (Cf. Article 8)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Le régime d'assurance-hospitalisation (Hospitalization Benefits Plan) est géré sans but lucratif. Le ministre chargé des hôpitaux et des soins médicaux est responsable du régime d'assurance-hospitalisation. Les comptes du régime sont vérifiés chaque année par le Vérificateur général.

Régime de soins médicaux:

Le régime d'assurance-maladie est également géré sans but lucratif. Le ministre chargé des hôpitaux et des soins médicaux est responsable du régime, et les comptes sont vérifiés chaque année par le Vérificateur général.

INTÉGRALITÉ: (Cf. Article 9)

Régimes de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation:

Les services hospitaliers assurés en vertu du régime provincial englobent: l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les examens de laboratoire, examens de radiologie et autres épreuves diagnostiques ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital, sauf s'ils ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires au traitement du malade; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires, si ces services sont disponibles; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie, si ces services sont disponibles; les services fournis par les personnes rémunérées par l'hôpital; l'hébergement en chambre semi-privée ou privée lorsque cela est justifié pour des raisons médicales; les soins infirmiers particuliers, lorsque ceux-ci sont prescrits par le médecin traitant et

approuvés conformément aux règlements de l'hôpital; les stimulateurs cardiaques, plaques et broches en acier, prothèses articulaires, implants valvulaires et toute autre fourniture approuvée par le Ministre; le transport par ambulance ou tout autre véhicule commercial des malades entre hôpitaux, en Alberta; les produits et services servant à la consultation externe englobant les fournitures utilisées dans le traitement médical, mais n'incluant pas les fournitures devant être utilisées par un malade lors de son congé d'un hôpital ou d'un établissement approuvé.

Les services de santé assurés en vertu du régime de soins médicaux englobent: tous les services qui sont requis sur le plan médical et dispensés par des médecins; et les services de chirurgie buccale fournis par un chirurgien-dentiste tels que prévus dans les règlements.

Les services non assurés en vertu des régimes englobent: les services médico-légaux; les consultations téléphoniques; les examens requis par un tiers, sauf dans les cas prévus par le Ministre; les services auxquels un résident a droit ou est admissible en vertu d'une loi d'une autre province, d'une loi ayant trait aux accidents de travail ou en vertu d'une loi fédérale; les services non fournis par un médecin ou sous la surveillance de celui-ci; tous médicaments, produits biologiques et préparations connexes qui ne sont pas considérés comme nécessaires au traitement des malades hospitalisés ou en consultation externe ou qui n'ont pas été approuvés pour usage général dans les hôpitaux; les services effectués dans un établissement non approuvé par le Ministre; les services dispensés dans le cadre de l'immunisation de groupes contre une maladie ou les services d'examen de groupe dispensés par un médecin, sauf dans les cas où le Ministre a donné l'autorisation préalable; et les services fournis par un médecin à sa propre famille, sauf en cas d'indication contraire par le Ministre.

En plus des services de santé médicalement nécessaires définis dans la Loi canadienne sur la santé comme des services assurés, le Alberta Health Care Insurance Plan prévoit une protection pour des services supplémentaires, notamment les services de chiropraxie, de physiothérapie, d'optométrie et de podiatrie.

Les services complémentaires de santé englobent: le Alberta Nursing Home Plan qui vient en aide aux résidents de l'Alberta qui ne sont pas suffisamment bien pour être hébergés dans des maisons privées ou des foyers pour personnes âgées, mais qui ne sont pas non plus suffisamment malades pour être hospitalisés dans un établissement pour malades aigus ou un hôpital auxiliaire. On a récemment rehaussé les soins dispensés en centre d'accueil en augmentant par exemple le nombre d'heures de soins infirmiers fournies dans ces établissements, en établissant des services de physiothérapie et d'ergothérapie et en améliorant les programmes de loisirs.

Le programme des services assurés supplémentaires et le programme de la Croix-Bleue offerts aux personnes qui ne font partie d'aucun groupe prévoient des prestations supplémentaires pour les lunettes, les médicaments, les dentiers et les soins dentaires aux résidents âgés de 65 ans et plus, les personnes à leur charge ainsi que les veufs et veuves admissibles âgés de 55 à 64 ans et les personnes à leur charge, sans versement de primes.

En plus de ces services assurés supplémentaires, le département des Affaires sociales et de la Santé communautaire (Social Services and Community Health) administre les programmes Alberta Aids to Daily Living et le Coordinated Home Care.

UNIVERSALITÉ: (Cf. Article 10)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Tous les résidents de l'Alberta ont droit à la protection en vertu du Hospital Benefits Plan. Un résident est défini comme toute personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, qui est domiciliée et réside habituellement en Alberta et toute autre personne considérée comme résidente en vertu des règlements, à l'exception d'un touriste et d'une personne de passage ou en visite en Alberta. Chaque résident de l'Alberta est tenu de s'inscrire et d'inscrire les personnes à sa charge auprès du Ministre. Advenant toutefois que le Ministre découvre un résident non inscrit, il peut inscrire ce résident ainsi que les personnes à sa charge. Le fait d'être inscrit rend le résident admissible aux services médicaux et hospitaliers assurés.

Bien que le régime en vigueur en Alberta prévoit le versement de primes, aucun résident de la province ne se voit refuser les services en raison de son incapacité de payer les primes. L'accessibilité aux services n'est pas liée aux versements des primes. Le Alberta Alberta Health Care Insurance Plan applique un programme de primes réduites et d'exemptions de primes à l'intention des résidents qui éprouvent des difficultés financières, un programme d'exemption de primes à l'intention des personnes âgées, des veufs et veuves âgés de 55 à 64 ans et des bénéficiaires du programme d'allocations sociales.

Tous les résidents de l'Alberta inscrits en vertu de la Health Insurance Premium Act ont le droit de recevoir les services hospitaliers assurés.

Régime de soins médicaux:

Les règles qui s'appliquent en vertu du régime de soins médicaux sont les mêmes que celles du régime d'assurance-hospitalisation.

TRANSFÉRABILITÉ: (Cf. Article 11)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Le délai minimal de résidence pour avoir droit aux services assurés en vertu du Alberta Hospitalization Benefits Plan ne dépasse pas trois mois.

La participation au régime dès le premier jour est prévue pour les immigrants reçus, les Canadiens revenant au pays et les personnes ayant obtenu leur congé de la Gendarmerie royale du Canada ou des Forces armées, ou encore libérées d'un pénitencier fédéral.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

Le paiement des services hospitaliers assurés dispensés aux bénéficiaires de l'Alberta est effectué selon le taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire où ils sont fournis à moins

que le Ministre n'ait conclu une entente avec le gouvernement d'une province ou d'un territoire relativement à une répartition différente des coûts entre l'Alberta et la province ou le territoire concerné.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Pour les fournitures et services dispensés aux malades en consultation externes et aux malades hospitalisés, l'Alberta verse aux hôpitaux le moins élevé des deux montants suivants: a) les taux établis périodiquement par le Ministre ou b) les taux chargés par l'hôpital ou l'établissement pour les fournitures et les services. Lorsqu'il fixe les taux, le Ministre peut tenir compte de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services, du type d'hôpital et de tout autre facteur pertinent.

L'Alberta a créé un programme d'aide financière d'urgence qui est applicable lorsque les services ne sont pas offerts en Alberta et lorsque le résident est adressé par un médecin de l'Alberta ou lorsqu'un résident temporairement absent de la province a besoin de soins d'urgence qui ne pouvaient pas raisonnablement être prévus ou prévenus. Le programme ne s'applique que si le supplément de coûts constitue un fardeau financier indû pour le résident.

Lors de la présentation de son dernier rapport, l'Alberta était en voie de modifier les dispositions législatives ayant trait aux services dispensés hors du Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Un résident qui quitte l'Alberta dans le but d'élire résidence permanente dans une autre province du Canada a droit de continuer d'être assuré pendant la période commençant le jour où il cesse de résider en Alberta et se terminant le dernier jour du deuxième mois suivant le mois d'arrivée dans la nouvelle province, à moins que la période ne soit prolongée par le Ministre dans des circonstances particulières.

Un résident de l'Alberta qui élit résidence permanente à l'extérieur du Canada a droit de continuer d'être protégé en vertu du régime, à condition que le Ministre

en soit avisé, pendant la période commençant le jour où il cesse de résider en Alberta et se terminant un, deux ou trois mois plus tard, selon la décision du Ministre, à compter du jour où il quitte l'Alberta, à moins que la période ne soit prolongée par le Ministre en raison de circonstances particulières.

Un résident qui s'établit de façon permanente à l'étranger n'a pas droit à la protection du régime tant et jusqu'à ce que toutes les primes en souffrance aient été acquittées de même que toutes les primes exigibles pour la période en cours.

Régime de soins médicaux:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Les mêmes règles s'appliquent en vertu du régime de soins médicaux que dans le cas du régime d'assurance-hospitalisation.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

L'Alberta utilise la formule normalisée de demande de remboursement des frais approuvée par le comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et services en établissements. La formule fournit aux médecins et lorsqu'approprié, aux dentistes un mécanisme par lequel ils peuvent accepter en guise de règlement intégral le remboursement au taux payé par la province de résidence du malade. Dans les situations où la formule normalisée n'est pas soumise, l'Alberta remboursera le professionnel ou le patient au montant moindre du barème établi ou du montant facturé.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Le régime paie les services des médecins et lorsqu'il est approprié, ceux des dentistes jusqu'à concurrence du montant maximum prévu par le barème provincial (Alberta Schedule of Medical Benefits). Le programme d'assistance financière d'urgence décrit dans le cadre des paiements des services hospitaliers dispensés à l'étranger s'applique aussi au paiement des services médicaux dispensés à l'étranger.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Les règles qui s'appliquent dans le cas du régime de soins médicaux sont les mêmes que celles du régime d'assurance-hospitalisation.

ACCESSIBILITÉ: (Cf. Article 12)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Afin d'assurer un accès satisfaisant aux services hospitaliers, l'Alberta comptait en 1984-1985 environ 126 hôpitaux de soins actifs et 41 hôpitaux auxiliaires dans la province. Ces hôpitaux ont une capacité de 12 881 lits de soins actifs et 4 155 lits auxiliaires. Le nombre total de lits de soins actifs et de lits auxiliaires (17 056) donne un rapport de 7,3 lits par 1 000 résidents. L'admission aux hôpitaux de soins actifs comprend des frais modérateurs de l'ordre de 10,00 $ par admission.

L'imposition de frais modérateurs fixés à 8,00 $ par jour avant septembre 1985, au niveau des hôpitaux auxiliaires s'applique aussi après un délai initial de 120 jours. Cette pratique, au niveau des hôpitaux auxiliaires est compatible avec les exigences établies à l'article 19(2) de la Loi canadienne sur la santé.

Paiement aux hôpitaux - 12(1)(d)

Les hôpitaux sont remboursés au moyen de budgets globaux. Les hôpitaux qui demandent des fonds additionnels doivent soumettre une demande au Department of Hospitals and Medical Care en fournissant des détails concernant le montant demandé et les raisons qui justifient cette demande de fonds supplémentaires. Le Ministère étudie chaque demande de façon très détaillée.

En 1984-1985, le versement aux hôpitaux de la province s'élevait à 1 403 milliard de dollars, tandis que les versements aux hôpitaux à l'extérieur de l'Alberta s'élevaient à 18,1 millions de dollars pour la même période.

Régime de soins médicaux:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Les résidents ont accès aux établissements de soins de santé dans toute la province. Les professionnels de la santé ont une excellente formation et les normes sont respectées de façon rigoureuse.

Afin d'assurer un accès satisfaisant aux services médicaux, la province a établi un programme d'incitation à l'intention des médecins afin de les encourager à s'établir dans les régions où il existe une pénurie de services.

Le nombre de médecins qui pratiquent en Alberta est passé de 3 071 à 3 233 entre les mois de mars 1983 et 1984, soit une augmentation de 5,3 pour cent. Le nombre de services médicaux a augmenté de 21 043 099 à 22 360 803 au cours de cette même période, ce qui représente une augmentation de 6,3 pour cent.

Mode de paiement - 12(1)(b)

Les médecins sont rémunérés à l'acte.

Les médecins peuvent facturer le régime, le patient ou les deux pour les services de santé assurés qu'ils ont dispensés. Après entente avec le patient, les médecins peuvent facturer à un montant plus élevé que celui des barèmes établis mais ils doivent aviser le régime des montants exigés.

Pour l'année financière 1984-1985, le paiement total des services dispensés par les médecins et dentistes de l'Alberta était de 506,7 millions de dollars, tandis que le montant versé pour les services médicaux à l'extérieur de l'Alberta s'élevait à 7,7 millions de dollars.

Rémunération raisonnable - 12(1)(c)

Dans le passé, il y a eu des discussions entre les représentants du gouvernement et des associations professionnelles concernant les barèmes de rémunération. En 1984-1985, le gouvernement a choisi de modifier unilatéralement les barèmes de rémunération. Après considération d'un certain nombre de facteurs pertinents, le gouvernement a décidé de ne pas accorder d'augmentation.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

GESTION PUBLIQUE: (Cf. Article 8)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Les services hospitaliers sont gérés sans but lucratif par la Hospital Program Division du ministère provincial de la Santé. La Division est responsable devant le gouvernement provincial de la gestion du régime. Les comptes de la Division ainsi que ses transactions financières sont vérifiés par le Vérificateur général de la Colombie-Britannique.

Régime de soins médicaux:

Le régime de soins médicaux le Medical Services Plan de la Colombie-Britannique est géré sans but lucratif par la Medical Services Commission, un organisme public créé en vertu de la Loi. La Commission est responsable devant le gouvernement provincial de la gestion du régime. Les comptes de la Medical Services Commission ainsi que ses transactions financières sont vérifiés par le Vérificateur général de la Colombie-Britannique.

INTÉGRALITÉ: (Cf. Article 9)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Les services assurés suivants sont fournis par les hôpitaux: l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les épreuves de laboratoire, les examens radiologiques et les interprétations nécessaires ainsi que tout autre service diagnostique approuvé par le Ministre; les médicaments, produits biologiques et préparations connexes lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital général spécifié dans la loi provinciale l' (Hospital Insurance Act); l'usage des salles d'opérations, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; d'autres services approuvés par le Ministre qui sont dispensés par des personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital; l'usage des installations de radiothérapie ou de physiothérapie, lorsque celles-ci sont disponibles.

Les médicaments prescrits aux malades non hospitalisés ne sont pas assurés, sauf ceux qui sont fournis en vertu du programme provincial d'assurance-médicaments le (Pharmacare Program). En ce qui concerne la chirurgie plastique effectuée à des fins esthétiques, les frais d'hospitalisation seront couverts si l'opération doit absolument être effectuée à l'hôpital, mais les honoraires du médecin ne sont pas assurés.

Régime de soins médicaux:

Le régime de soins médicaux couvre tous les services médicaux médicalement nécessaires fournis par les médecins ainsi que des services de chirurgie dentaire précis lorsque ceux-ci doivent être absolument dispensés dans un hôpital par un chirurgien-dentiste. Les grandes catégories de services assurés comprennent: les consultations; les examens physiques complets; les visites à domicile, la chirurgie mineure et majeure; les services obstétricaux; l'assistance chirurgicale; l'anesthésie; les techniques diagnostiques et thérapeutiques; les services spéciaux et divers; d'autres interventions effectuées en cabinet ou à l'hôpital par un médecin ou un dentiste.

Les services suivants sont fournis par les médecins de la Colombie-Britannique mais ne sont pas assurés: fourniture de prothèses non implantées; orthèses; produits exclusifs ou médicaments brevetés; toute demande d'examen ou de certificat médical faite par un tiers; chirurgie buccale réalisée dans un cabinet de dentiste et acupuncture.

Quoique ces services ne soient pas supportés par les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, ni sujets aux critères de la Loi canadienne sur la santé, le régime de soins médicaux de la Colombie-Britannique couvre les services rendus par les chiropraticiens, les optométristes, les physiothérapeutes, les podiatres et les praticiens en naturopathie ainsi que les services de massages. Outre les services d'assurance-hospitalisation et du régime de soins médicaux, la province offre directement et indirectement une grande variété de programmes qui comprennent entre autre: les soins de jour aux adultes, les services infirmiers à domicile, les services d'aide familiale, la physiothérapie communautaire, les soins personnels et les soins en établissement intermédiaire, les foyers de soins

établissement intermédiaire, les foyers de soins familiaux, les foyers de groupes pour handicapés, les centres d'évaluation et de traitement, les programmes de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies, les services d'audiologie et d'orthophonie, d'assurance-médicaments le (Pharmacare). Plusieurs de ces programmes sont offerts sans aide fédérale.

UNIVERSALITÉ: (Cf. Article 10)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Tous les résidents qui satisfont aux conditions ont droit à la protection offerte par l'assurance-hospitalisation. Toute personne domiciliée et résidant habituellement en Colombie-Britannique et qui n'est pas touriste, de passage ou en visite a droit à cette protection au terme d'une période d'attente se terminant à minuit le dernier jour du deuxième mois suivant le mois au cours duquel la personne a élu résidence dans cette province. Il n'y a pas de prime pour les services hospitaliers, mais il y a des frais modérateurs qui sont actuellement de 8,50 $ par jour pour les patients hospitalisés de 10,00 $ pour les consultations externes, de 8,00 $ pour les services de chirurgie et de 14,00 $ par jour pour les services au niveau des hôpitaux offrant des services de soins complémentaires. En ce qui concerne les services hospitaliers, les bénéfices sont uniformes pour tous les résidents à l'exception des personnes à faible revenu qui ont droit au remboursement des frais d'utilisation.

Régime de soins médicaux:

Comme dans le cas du régime d'assurance-hospitalisation, tous les résidents qui satisfont aux conditions ont droit à la protection du régime de soins médicaux le (Medical Services Plan). La définition de résident correspond à celle qui est utilisée dans le régime d'assurance-hospitalisation.

Il n'est pas nécessaire de s'inscrire au régime de soins médicaux, mais le versement de primes est habituellement l'une des conditions que doivent satisfaire les résidents pour avoir droit aux bénéfices. Les personnes à faible revenu peuvent avoir droit à une réduction de 50 pour cent ou de 90 pour cent de la prime fixée. En outre, il peut

être possible d'obtenir une protection rétroactive de quelques mois dans le cas des personnes qui étaient antérieurement inscrites au régime mais dont les primes sont en souffrance, si les primes exigibles sont acquittées.

La protection en ce qui concerne les soins médicaux est également assurée selon des conditions uniformes, sauf que les primes peuvent être subventionnées dans le cas des personnes à faible revenu.

TRANSFÉRABILITÉ: (Cf. Article 11)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Le délai minimal de résidence en ce qui concerne la protection de l'assurance-hospitalisation n'excède pas trois mois.

Les personnes qui quittent temporairement la province pour des vacances ou pour occuper un emploi temporaire bénéficient de la garantie pendant une période maximale de douze mois. Les personnes qui étudient à l'étranger ou qui travaillent pour des organismes comme le SUCO ou l'ACDI ont droit à la protection pendant des périodes maximales de cinq ans et deux ans respectivement pendant qu'elles sont à l'extérieur de la province.

Il n'y aura pas d'interruption de la protection à moins que la personne ne revienne pas dans la province avant l'expiration des bénéfices, auquel cas elle devra attendre les trois mois requis.

Les personnes qui maintiennent une deuxième résidence à l'extérieur de la province doivent résider en Colombie-Britannique au moins six mois par année afin de conserver leur droit à la protection du régime.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

Les frais pour les services hospitaliers sont payés au taux facturé par l'hôpital. La province a conclu une entente spéciale avec l'Alberta en vue du recouvrement de tous frais modérateurs qui auraient été imposés en Colombie-Britannique. L'Alberta est donc remboursé selon ces taux, moins le montant de tous frais modérateurs.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

On rembourse aux malades le montant intégral des dépenses engagées pour les frais hospitaliers d'urgence, jusqu'à concurrence de 75 $ par jour.

Lorsqu'il ne s'agit pas de soins d'urgence et que le malade aurait pu être traité dans la province, celui-ci doit obtenir par écrit l'autorisation préalable de la Hospital Program Division afin d'avoir droit à la protection. Les services seront remboursés selon le taux moyen en vigueur dans les hôpitaux de la Colombie-Britannique.

Les traitements autorisés qui ne sont pas disponibles dans la province seront payés au taux habituel facturé à l'endroit où ce traitement est dispensé.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Les personnes qui quittent la province pour élire résidence permanente ailleurs au Canada sont protégées pour une période maximale de trois mois. Les personnes qui vont s'établir en permanence dans un autre pays ont droit à la protection jusqu'à la fin du deuxième mois qui suit le mois du départ.

Régime de soins médicaux:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

En général, le délai imposé dans le cas du régime de soins médicaux est le même que celui de l'assurance-hospitalisation. Il reste toutefois que les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas protégés en vertu du régime de soins médicaux étant donné qu'ils relèvent du gouvernement fédéral. Le régime prévoit toutefois la protection, dès le premier jour de leur libération pour ces personnes, sans délai minimal de résidence. Les membres de la Gendarmerie royale du Canada et des Forces armées ont également droit à la protection dès le premier jour s'ils obtiennent leur congé ou sont démobilisés en Colombie-Britannique, mais le délai de carence s'applique si cela se produit ailleurs.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

Le paiement des services médicaux est fait conformément au montant facturé par la province où les soins sont dispensés, ou selon les tarifs prévus dans le barème de la Colombie-Britannique.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Les frais inhérents aux soins médicaux d'urgence sont acquittés conformément au barème en vigueur pour les services dispensés dans la province.

Les résidents de la province doivent revevoir d'avance l'autorisation écrite de la Medical Services Commission pour avoir droit à la protection du régime dans le cas de soins non urgents offerts dans la province. Les services médicaux seront payés conformément au barème des frais en vigueur en Colombie-Britannique.

Tout traitement autorisé qui n'est pas offert dans la province est payé au taux habituel en vigueur à l'endroit où le traitement a été dispensé.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Les règlements qui s'appliquent en vertu du régime des soins médicaux sont les mêmes que ceux du régime d'assurance-hospitalisation.

ACCESSIBILITÉ: (Cf. Article 12)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

La Colombie-Britannique déclare qu'il y a un accès satisfaisant aux services hospitaliers. Les hôpitaux imposent des frais modérateurs quotidiens, mais ces frais sont acquittés par le Ministry of Human Resources dans le cas des personnes à faible revenu. Aucun malade ne se voit jamais refuser des soins en raison de son incapacité de payer les frais modérateurs. Les malades n'ont jamais à acquitter ces frais et ensuite à demander un remboursement à l'hôpital.

Paiement aux hôpitaux - 12(1)(d)

Les hôpitaux reçoivent des versements bimensuels du ministère provincial de la Santé. Le montant des versements est établi d'après les subventions annuelles d'exploitation fixées par le Ministère. Il y a en outre des ajustements trimestriels au cours de l'année financière.

Pour l'année 1984-1985, le coût des programmes hospitaliers (y compris la gestion des programmes, les subventions versées aux hôpitaux au titre des frais d'exploitation, la construction et la rénovation des hôpitaux et l'équipement hospitalier) s'est établi à 1 385 311 822 $.

Régime de soins médicaux:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Le gouvernement provincial déclare qu'il y a un accès satisfaisant aux services médicaux.

Mode de paiement - 12(1)(b)

Les services médicaux procurés dans la province sont payés aux médecins de la province par l'intermédiaire de la Medical Services Commission d'après les factures soumises par les médecins. Le bénéficiaire des soins n'a généralement pas à acquitter des frais directement.

Rémunération raisonnable - 12(1)(c)

La rémunération des médecins est fondée sur un barème établi par la Medical Services Commission après discussion avec la British Columbia Medical Association. Les dentistes et autres professionnels de la santé qui dispensent des services assurés ont leur propre barème d'honoraires qui est établi par la Commission.

La Medical Services Commission a versé la somme de 812 931 834 $ au titre des soins médicaux pour l'année terminée le 31 mars 1985.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

GESTION PUBLIQUE: (Cf. Article 8)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Le régime d'assurance-hospitalisation (Hospital Insurance Program) est géré par un Bureau établi par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Ce Bureau est un organisme sans but lucratif; les membres de son secrétariat sont des employés du ministère de la Santé. Le Vérificateur général du Canada est chargé de la vérification des comptes du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. De plus, tous les hôpitaux sont tenus de présenter des rapports annuels qui ont été vérifiés par une firme publique d'experts-comptables. En vertu du Territorial Hospital Insurance Services Act, le bureau de vérification interne du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest doit également examiner les activités de tous les hôpitaux.

Régime de soins médicaux:

Le régime de soins médicaux (Medical Care Program) est géré entièrement par le ministère de la Santé des Territoires. Le Vérificateur général du Canada a la responsabilité de la vérification des comptes du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

INTÉGRALITÉ: (Cf. Article 9)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Les services aux malades hospitalisés et en consultation externe fournis par un programme approuvé dans les hôpitaux approuvés sont assurés.

Les services jugés expérimentaux par une province, ou la communauté médicale en général, ne sont pas assurés, ainsi que les services de chirurgie esthétique.

En vertu du régime d'assurance-hospitalisation, les services aux malades chroniques et les services complémentaires sont assurés. Lorsque c'est possible, un montant de coassurance est réclamé à ceux qui peuvent se le permettre.

Régime de soins médicaux:

Tous les services médicalement nécessaires fournis par les médecins sont assurés en vertu du régime de soins médicaux. Les services dentaires ne sont assurés que lorsqu'il s'agit de services de chirurgie buccale rendus nécessaires par une blessure ou une maladie de la mâchoire.

À même le Trésor, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest subventionne des programmes additionnels de services complémentaires, notamment un programme d'assurance-médicaments, un programme de soins médicaux prolongés, un programme de soins à domicile et un programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales.

UNIVERSALITÉ: (Cf. Article 10)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Au titre du régime des Territoires, tous les résidents des Territoires sans exception ont le droit d'être inscrits au régime. Les exigences relatives à la résidence sont conformes à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. Il n'existe aucune clause spéciale autre que celles contenues dans cette entente.

Régime de soins médicaux:

En ce qui concerne le régime de soins médicaux, la situation est la même que pour le régime d'assurance-hospitalisation.

TRANSFÉRABILITÉ: Cf. Article 11)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Le délai minimal de résidence n'est pas supérieur à trois mois. Cependant, le régime se réserve le droit de déterminer si une personne a véritablement établi résidence dans les Territoires ou si elle n'y est que temporairement.

En ce qui concerne les immigrants reçus, les détenus libérés des pénitenciers fédéraux ainsi que les militaires et les membres de la Gendarmerie royale qui retournent à la vie civile, la prise en charge est assurée dès le premier jour.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

Le paiement des services hospitaliers est assuré à cent pour cent du tarif quotidien demandé par la province où ils sont fournis. Les patients ne sont pas tenus d'obtenir une autorisation préalable et aucune facturation directe n'est effectuée.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Les résidents qui ont pris eux-mêmes l'initiative de se faire traiter à l'étranger sont remboursés au tarif en vigueur dans les Territoires pour des services équivalents, sur présentation du reçu original. Si les services en question ne sont pas offerts dans les Territoires, le taux de remboursement est établi selon le tarif en vigueur dans un autre endroit approprié du Canada.

Lorsque les médecins traitants et le gouvernement conviennent que le service requis par un patient n'est pas disponible au Canada, tous les services hospitaliers fournis au malade ainsi dirigé vers l'étranger sont assurés au tarif de l'établissement où ils sont dispensés.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Les personnes qui déménagent dans une autre province sont assurées pendant trois mois, conformément aux dispositions de l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité.

Régime de soins médicaux:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Le régime de soins médicaux est assujetti aux mêmes règles que le régime d'assurance-hospitalisation.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

Les résidents sont assurés à 100 pour cent et ne sont pas tenus d'obtenir une autorisation préalable. Cependant, les services permis sont ceux qui sont déterminés et approuvés par les Territoires du Nord-Ouest. Les paiements sont faits selon les tarifs en vigueur dans la province où les services sont reçus. Les paiements sont faits directement au médecin ou les patients sont remboursés s'il y a lieu.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

La situation est la même que pour le régime d'assurance-hospitalisation.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Les règles sont les mêmes que pour le régime d'assurance-hospitalisation.

ACCESSIBILITÉ: (Cf. Article 12)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest ont libre accès à toutes les installations gérées par le gouvernement des Territoires.

Paiement aux hôpitaux - 12(1)(d)

Les hôpitaux du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest reçoivent des montants qui sont établis selon un processus d'examen budgétaire. Les soins hospitaliers fournis à l'extérieur des Territoires sont payés conformément aux accords réciproques interprovinciaux sur la facturation. En 1984-1985, les dépenses au titre des services hospitaliers assurés se sont élevées à 34,8 millions de dollars.

Régimes de soins médicaux:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest ont libre accès à toutes les installations gérées par le gouvernement.

Mode de paiement - 12(1)(b)

Les médecins peuvent être à l'emploi d'un hôpital ou du gouvernement et être rémunérés selon le mode du salariat, ou ils peuvent travailler en cabinet privé et être rémunérés à l'acte. En 1984-1985, les paiements au titre des services médicaux assurés se sont élevés à 8,5 millions de dollars.

Rémunération raisonnable - 12(1)(c)

Au cours de l'année financière 1984-1985, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et la Northwest Territories Medical Association ont conclu une entente qui a par la suite pris force de loi sous forme de règlement du Medical Care Act. Ce règlement, qui concernait la période allant du 1er juillet 1984 au 30 juin 1985, permettait une augmentation de 5 pour cent.

YUKON

GESTION PUBLIQUE: (Cf. Article 8)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Le régime d'assurance-hospitalisation du Yukon le (Yukon Hospital Insurance Services Plan) est géré par des employés nommés conformément aux dispositions du Public Service Act. Le régime est géré sans but lucratif et est soumis à la vérification du bureau du Vérificateur interne et du bureau du Vérificateur général.

Régime de soins médicaux:

Le régime d'assurance-soins médicaux du Yukon le (Yukon Health Care Insurance Plan) est aussi géré par des employés nommés conformément aux dispositions du Public Service Act. Le régime est géré sans but lucratif et est soumis à la vérification des mêmes bureaux que le régime d'assurance-hospitalisation.

INTÉGRALITÉ: (Cf. Article 9)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Tous les jours de soins dispensés dans les centres de traitement actif aux niveaux III, IV, V, sont pleinement assurés. L'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée est également assurée si elle est médicalement indiquée. Les soins fournis dans les services de consultation externe des centres de traitement actif pour des états qui ne peuvent être traités ailleurs qu'à l'hôpital sont pleinement assurés aux tarifs approuvés en vigueur.

Sont exclus les hospitalisations à temps partiel (par exemple, pension à l'hôpital, soins de niveau I ou II fournis dans un hôpital); les médicaments et les produits biologiques requis par un patient après son congé de l'hôpital; le supplément pour une chambre privée ou semi-privée lorsque celle-ci n'est pas nécessaire sur le plan médical; et les services spéciaux demandés par le patient (téléviseur, services d'une infirmière privée non prescrits par le médecin, etc.).

Régime de soins médicaux:

Les services médicalement nécessaires fournis par des médecins sont pleinement assurés s'ils sont fournis au Canada. Les soins dentaires ne sont assurés que lorsqu'il s'agit de traitements de chirurgie buccale prévus dans les règlements et qui ne peuvent être exécutés que dans un hôpital (par exemple, l'extraction chirurgicale d'une dent qui a fait son éruption, d'une dent enclavée ou d'une dent incluse, les résections apicales, etc.).

Sont exclus les services rendus à la demande d'une tierce partie; les services de chirurgie esthétique non approuvés par le conseiller médical du régime; les procédures de rétablissement de la fertilité; et les services fournis en vertu d'autres lois fédérales ou lois du territoire.

Outre les services assurés en vertu du régime, le Yukon assure également la prise en charge de services supplémentaires en vertu des programmes de soins de santé, notamment une assurance-médicaments, des services complémentaires de santé aux personnes âgées, des soins aux victimes de cancer et un programme pour les malades chroniques. Le coût total des programmes de soins de santé pour l'année financière 1985-1985 s'est élevé à 1 093 755 $.

UNIVERSALITÉ: (Cf. Article 10)

Régime d'assurance-hospitalisation:

En vertu du régime, tous les habitants du Yukon sont pleinement assurés. Les services qui sont nécessaires sur le plan médical sont fournis selon les mêmes modalités et conditions à tous les résidents de bonne foi du Territoire. La définition du mot résident est celle utilisée dans la Loi canadienne sur la santé.

Aucune loi ni règlement ne fait de l'inscription au régime une condition d'admissibilité. Cependant, le régime d'assurance-soins médicaux du Yukon exige que toute personne qui établit résidence dans le territoire s'inscrive et inscrive les personnes à sa charge au régime.

Régime de soins médicaux:

Le régime de soins médicaux est assujetti aux mêmes règles que le régime d'assurance-hospitalisation. Sur le plan administratif, le paiement des primes est complètement distinct de l'admissibilité et de l'inscription.

TRANSFÉRABILITÉ: (Cf. Article 11)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Toutes les modalités et conditions de l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité sont pleinement respectées. La compatibilité des définitions a été assurée dans les règlements, les politiques et les procédures. Les résidents sont protégés par le régime dans les trois mois qui suivent leur arrivée dans le territoire.

La protection est accordée dès le premier jour aux citoyens canadiens qui reviennent dans le territoire, aux immigrants reçus, aux militaires et aux membres de la Gendarmerie royale qui retournent à la vie civile, aux personnes libérées des prisons fédérales et aux titulaires d'un permis du Ministère. La protection pour une période prolongée est accordée sur demande dans certaines circonstances. En général, ces extensions sont limitées à 12 mois.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

Les services fournis aux malades hospitalisés sont payés au tarif quotidien de salle établi par l'autorité pertinente. Les soins en consultation externe sont payés au tarif en vigueur dans le territoire.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Les services hospitaliers sont payés au moins élevé des deux tarifs suivants: le tarif de l'établissement qui les a fournis ou le tarif en vigueur dans le territoire. Aucune condition n'est imposée, que le traitement soit urgent ou facultatif.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Dans le cas de déménagement dans une autre province, la garantie est généralement de trois mois. Cette garantie peut être prolongée pour une période allant jusqu'à douze mois si l'assuré ne se fixe pas immédiatement dans une autre province.

Régime de soins médicaux:

Délai minimal de résidence - 11(1)(a)

Les règles sont les mêmes que pour le régime d'assurance-hospitalisation.

Paiement des services dispensés au Canada - 11(1)(b)(i)

Les services assurés sont payés jusqu'à concurrence du tarif en vigueur au Yukon.

Paiement des services dispensés à l'étranger - 11(1)(b)(ii)

Les règles sont les mêmes que pour le régime d'assurance-hospitalisation.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province - 11(1)(c)

Les règles sont les mêmes que pour le régime d'assurance-hospitalisation.

ACCESSIBILITÉ: (Cf. Article 12)

Régime d'assurance-hospitalisation:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Aucuns frais modérateurs ou frais de coassurance ne sont exigés en vertu du régime. Il n'y a aucune pénurie de lits d'hôpitaux et il n'existe aucune liste d'attente. Au Yukon, le nombre de lits d'hôpitaux est supérieur à la demande, surtout dans les régions éloignées où les hôpitaux de district ont parfois un taux d'occupation aussi bas que 20 pour cent.

L'accès aux spécialistes et aux hôpitaux de soins tertiaires est assuré grâce à un programme de médecins spécialistes itinérants subventionné à même les fonds publics et à un programme universel d'assurance-voyage pour traitements médicaux sans aucune franchise.

Paiement aux hôpitaux - 12(1)(d)

Les hôpitaux agréés du Yukon reçoivent des montants qui sont établis selon un processus d'examen budgétaire. Chaque année, les hôpitaux doivent présenter leur budget au Yukon Hospital Insurance Services Plan qui en fait l'étude. Des montants prélevés sur le budget prévu pour les services aux malades hospitalisés sont versés aux hôpitaux chaque mois. Les services en consultation externe sont payés sur facturation; cette façon de procéder fait cependant l'objet d'une révision et il est à prévoir, qu'à l'avenir, des montants seront versés tous les trois mois aux hôpitaux tant pour les services externes que pour les services internes.

En 1984-1985, la somme des paiements faits aux hôpitaux du Yukon s'est élevée à 9 074 823 $. Au cours de cette même période, le total des paiements faits aux hôpitaux des autres provinces et de l'étranger s'est établi à 2 202 879 $. Dans le territoire, il y a eu 3 481 congés de personnes hospitalisées (congés et transferts d'adultes, d'enfants et de nouveau-nés) et les hôpitaux ont enregistré 16 367 jours de soins. À l'extérieur du territoire, il y a eu 743 congés et 6 430 jours de soins. Un total de 21 200 services ont été fournis à des patients externes dans le territoire et 2 512 à l'extérieur du territoire.

Régime de soins médicaux:

Accès satisfaisant - 12(1)(a)

Au Yukon, aucune surfacturation n'est faite pour les services fournis en vertu du régime d'assurance-soins médicaux.

Le Yukon juge qu'il a trop de médecins, dentistes et chirurgiens-dentistes. Le rapport médecin-population se situe à près de 1 pour 500.

Mode de paiement - 12(1)(b)

Tous les médecins du Yukon réclament directement leurs honoraires du régime.

Rémunération raisonnable - 12(1)(c)

Une ou deux fois par année (selon la durée de l'entente en vigueur), les tarifs sont négociés avec les médecins qui travaillent à l'acte; des comités permanents représentent le régime et la profession. Ces comités se réunissent régulièrement (de tous les mois à tous les trois mois) afin de faire les redistributions, clarifier les pratiques, résoudre les problèmes et se prononcer sur les modes de facturation contestés.

Au cours de 1984-1985, les paiements aux médecins se sont élevés à 4 817 333 $, tandis que ceux faits aux dentistes ont été de l'ordre de 55 165 $.

Les remboursements faits aux résidents du territoire se sont élevés à 30 116 $. Un total de 106 560 réclamations ont été payées aux médecins du territoire et 8 569 à des médecins de l'extérieur. Des remboursements pour 1 489 prestations ont été faits directement aux résidents.